FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Janvier 1910, à 1 heure

PAR

J. BOUDAILLIEZ

Contribution à l'Etude clinique

DES

Sigmoïdites et Périsigmoïdites

d'origine inflammatoire

Président : M. HARTMANN, professeur.

Juges : MM. SEGOND, professeur,
DELBET, professeur,
OMBREDANNE, agrégé.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
8, Rue Casimir-Delavigne, 8
(Près de la Faculté de Médecine et de l'Odéon)
1910

36786

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

144

AUX MÉMOIRES VÉNÉRÉES

DE MON PÈRE BIEN-AIMÉ

ET DE MON BON FRÈRE

GAGE D'INALTÉRABLE SOUVENIR

A MA BONNE MÈRE

A mes sœurs
faible témoignage de mon affection

A mes oncles
de Clary, de Douai, de Flines

A tous les miens,
A tous mes amis.

A tous mes maîtres de la Faculté libre

A Monsieur le Professeur AUGIER,

Doyen de la Faculté libre de Médecine de Lille

Professeur de Clinique infantile.

A Monsieur le Professeur H. Duret,

Ex-chirurgien des hôpitaux de Paris,

Professeur de Clinique chirurgicale.

A Monsieur le Professeur Desplats,

Professeur de Clinique médicale

A Monsieur le Docteur Le Fort,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille,

Chirurgien du Sanatorium de Saint-Pol.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur HARTMANN,

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Chirurgien de l'hôpital Bichat,

Chevalier de la Légion d'honneur.

Avant-propos

Nous avons dans tous nos milieux universitaires des traditions respectables que nous nous garderons bien de transgresser surtout lorsqu'elles sont des manifestations de gratitude et de reconnaissance. Il est, en effet, d'usage que l'étudiant en médecine, au moment d'édifier la thèse qui va couronner et clore la vie « libre et sereine » qu'il a vécu, songe à tous ceux qui de près ou de loin l'ont aidé à atteindre le but poursuivi et leur adresse son merci le plus cordial.

Notre pensée ira tout d'abord à notre chère famille à qui nous devons tout, dont la sollicitude sans cesse en éveil nous a toujours été d'un secours des plus puissants.

Des vides pénibles s'y sont créés en quelques années: Nous avons perdu un frère bien-aimé doué d'une intelligence d'élite qui eût été pour nous-mêmes un véritable flambeau sur le chemin de la vie... mais chez ces âmes supérieurement douées, le fourreau ne vaut pas souvent la fine lame qu'il abrite; il nous fut enlevé à vingt ans en plein épanouissement par une de ces affections qui abattent les natures les plus solidement fondées.

Quelques années plus tard, nous perdîmes notre bien-aimé père en pleine santé... en pleine action... cela

nous parut plus terrible encore. A ces chers disparus qui nous entourèrent de l'affection la plus cordiale, nous prodiguèrent jusqu'au dernier jour les conseils les plus judicieux, nous adressons ici avec un souvenir attristé, l'assurance de nos éternels regrets. Le temps n'a pu calmer notre cruelle douleur et nous sentons monter les larmes quand nous remuons ces tristes souvenirs.

Après cet hommage aux disparus, que dire à ceux que nous avons eu le bonheur de garder? A notre bonne mère qui, depuis notre premier souffle, nous a entouré d'une tendresse à nulle autre pareille, que dire qui ne soit au-dessous de la vérité! Les mots se refusent souvent à exprimer ce qu'un cœur ressent mais c'est ici surtout que nous remarquons leur insuffisance. Nous demandons que l'avenir nous permette, pendant de longues années, de lui rendre un peu de cette affection dont elle a toujours été si prodigue à notre égard.

Nous ne saurions séparer son nom de celui de nos sœurs bien-aimées qui, au foyer paternel ou en exil sur la terre étrangère, n'ont cessé de s'intéresser à nos études, à nos progrès, nous prodiguant largement les trésors de bonté dont elles sont douées. Nous nous souviendrons toujours de cette affection délicate et nous leur transmettons ici notre éternelle gratitude.

Nos oncles de Clary, de Douai, de Flines se sont aussi toujours intéressés à nos études et leurs judicieux conseils n'ont pas peu contribué à nous encourager dans la voie suivie; qu'ils veuillent bien trouver ici le faible témoignage de notre reconnaissance.

C'est à nos maîtres de la Faculté libre qu'il nous faut ensuite rendre hommage pour les précieux enseignements, les sages conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer depuis notre entrée à « l'Alma mater ».

Nous n'oublierons pas M. le professeur Derville, hélas! trop tôt disparu, qui nous guida tout à fait à nos débuts et nous enseigna avec une patience que nous mettions souvent à l'épreuve, les préliminaires de cette clinique qu'il savait rendre si intéressante! Nous passâmes ensuite dans les services de MM. les professeurs Duret, Desplats, Augier, chez des maîtres que nous considérons comme des modèles, animé que nous sommes d'un seul désir, celui de nous en montrer toujours les dignes disciples.

M. le professeur Camelot a bien voulu nous encourager dans la petite étude que nous avions entreprise et nous a même autorisé l'usage de certains écrits personnels; nous profitons de cette circonstance pour le remercier de l'intérêt qu'il nous a porté et de sa bienveillante sollicitude.

A M. le professeur Le Fort qui a bien voulu nous indiquer l'intérêt qui s'attachait à l'un de ses malades et nous a invité à faire quelques recherches fructueuses à ce sujet, nous adressons aussi l'assurance de notre reconnaissance sincère. Je ne puis manquer maintenant de saluer les amis si nombreux et si bons dont j'ai partagé la vie et les études; leur attachement m'a aidé à supporter bien des tristesses et des découragements. Je souhaite que l'avenir ne soit point trop cruel et favorise après la séparation né-

cessaire de ces reposantes rencontres qui viennent raviver un foyer d'affection ancien que le temps n'a pu faire disparaître.

Durant notre année passée à « la Maison de santé du Nord » nous avons rencontré des âmes délicates et sincères qui ont bien voulu s'abaisser jusqu'à nous accorder un peu de leur amitié; elles nous ont aidé à passer des journées quelquefois tristes dans l'ancien cloître et transformé des soirées que l'hiver promettait bien moroses en réunions agréables et bien riantes. Je me permets de leur adresser ici particulièrement un cordial merci en leur demandant pour l'avenir, de temps à autre, un petit souvenir qui sera toujours le bienvenu (1).

M. le professeur Hartmann, en acceptant la présidence de notre thèse nous fait un honneur dont nous nous reconnaissons très indigne. Qu'il veuille bien agréer, avec nos remerciements les plus sincères, l'assurance de notre vive et respectueuse gratitude.

Lille, ce 20 décembre 1909.

---

(1) M. Perdrigé, avec son amabilité, a bien voulu accepter de reproduire pour ce petit travail quelques figures anatomiques; tout en remerciant l'ami, nous offrirons à l'artiste, nos félicitations les plus sincères.

PRÉLIMINAIRES

Lorsque, poussé par la curiosité scientifique, on se prend à feuilleter un traité de pathologie abdominale datant d'une époque qui n'est pas très éloignée de nous (1888), on est frappé de la part importante, je dirais exclusive, qu'y occupent la typhlite et la périty-phlite. En elles se synthétisent toute une série de lésions pourtant bien différentes à beaucoup de points de vue et isolées aujourd'hui, depuis la simple appendicite jusqu'à la forme gangréneuse de cette affection en passant par l'entéro-colite et la tuberculose cœcale. Sous cette appellation, typhlite, se groupent donc alors toute une série d'affections disparates, n'ayant souvent entre elles que des rapports assez vagues, ressortissant toutes de la même thérapeutique symptomatique. Mais voici que dans les années qui suivent 1889-90, sous l'influence d'observations cliniques plus précises et mieux secondées par le laboratoire, grâce à une chirurgie de plus en plus audacieuse et méthodique, le groupe hétéroclite dont nous parlons disparaît subitement. En peu de temps on arrive à démontrer que la typhlite phlegmoneuse d'autrefois ne dé-

pend aucunement du cœcum; que l'appendice vermiculaire et les abcès péricœcaux qu'il occasionne, sont le point de départ de tous les accidents.

L'impression produite est considérable; chacun s'étonne que ces faits n'aient pas été plus tôt mis en évidence et les idées nouvelles, cliniquement vérifiées, sont unanimement adoptées.

Dans l'enthousiasme excessif on généralise trop, on brûle ce qu'il y a peu de temps on adorait pieusement, l'appendicite et la périappendicite s'installent en souveraines dans le cadre des phlegmonies abdominales et l'occupent en grande partie. « De l'antique et solennelle typhlite il ne reste plus rien », tout le monde s'accorde à le dire; pour peu elle disparaîtrait de la nosologie.

« L'appendicite doit être définitivement substituée à l'ancienne typhlite » dit Dieulafoy, tandis que Talamon affirme que « la typhlite primitive est une maladie purement théorique »; le professeur Routier, répondant à quelques-uns de ces collègues qui, à la Société de Chirurgie, ont voulu défendre les idées anciennes n'est pas moins énergique: « à ceux qui ont « voulu réhabiliter la typhlite, malgré mon respect « pour la tradition, je dirai que je ne crois pas à son « existence.... Toutes les fois que j'ai ouvert un ven- « tre pour ce que l'on appelait une typhlite, j'ai pu « montrer que le cœcum n'était pas malade et que s'il « l'était, ce n'était que secondairement. »

Contre ces idées trop exclusives, une réaction ne de-

vait pas tarder à se produire; elle est venue dans ces dernières années.

A la tribune de l'Académie de médecine, Dieulafoy, de sa voix puissante a rappelé aux chirurgiens que nombre des « balafrés du ventre était vraiment excessif, qu'il existait un cœcum et une typhlite, comme une entérite et une appendicite... mais cette typhlite n'a rien à voir avec l'appendicite gangréneuse perforante, etc..

Quelques jours auparavant, le professeur Lejars avait étudié (1) les *typhlites et périty phlites primitives* et montré que le cœcum seul arrive à s'enflammer, s'ulcérer, se perforer, amène quelquefois une péritonite localisée ou généralisée; le triste monopole dont « paraissait jouir l'appendicite commençait à se restreindre. »

Récemment enfin, un coup sensible est de nouveau porté à cette « encombrante affection » (2). A la suite des professeurs Mayor et Lejars, *on s'accorde à reconnaître à l'anse sigmoïde ce que l'on se résigne à rendre au cœcum, le pouvoir de s'enflammer primitivement et de transmettre cette affection au péritoine voisin.*

L'édifice constitué naguère par l'appendicite seule continue à se désagréger: après en avoir distrait la typhlite, on lui enlève un certain nombre de phlegmasies localisées à gauche: à une synthèse excessive suc-

(1) Professeur Lejars. — *Semaine Médicale* (1906).
(2) Dieulafoy-Lucas. — Championniere.

cède une analyse qui va sans doute se poursuivre. Le même phénomène se produit ailleurs et l'on différencie le cancer de l'intestin grêle, du colon ascendant, du cœcum, des angles hépatiques et spléniques, là où autrefois on décrivait le « cancer du colon ou de l'intestin ».

Durant l'année que nous avons passée à la « Maison de Santé du Nord », nous avons pu suivre de près un jeune homme entré pour une affection abdominale peu fréquente et qui fit sous nos yeux des accidents d'une gravité exceptionnelle.

Notre attention attirée sur ce point, M. le professeur Le Fort nous fit remarquer combien ces modes d'évolution cliniques étaient peu connus, même parmi les classiques les plus complets. Nous entreprîmes quelques recherches sur ce sujet dans les littératures française et suisse, et notre étonnement fut grand de voir combien la question des sigmoïdites était encore neuve. Bien des matériaux avaient été déposés sur le chantier, des observations prises çà et là et publiées, mais personne n'avait essayé de relier entre elles ces formes cliniques et de bien marquer les différences symptomatiques qui les séparent suivant le sens de leur évolution.

Toutes ces raisons nous amenèrent à approfondir ces différents points tant au sujet des observations que nous avions pu faire nous-même qu'à propos des faits déjà décrits; c'est le résultat de ces recherches qui fait le sujet de ce petit travail.

Loin de nous la pensée de faire ici une œuvre bien

originale, là n'est point le but poursuivi. Nous présentons simplement la relation de faits cliniques que nous avons pu observer ou dont nous avons lu les observations publiées scrupuleusement par des maîtres; nous essayons ensuite de les interpréter et d'en faire des groupes homogènes fondés sur une communauté de symptômes et d'évolution.

Afin de mettre un peu d'ordre dans une question qui demande à être développée clairement, voici comment nous procéderons : Dans un premier chapitre nous ferons :

I. L'historique de l'affection récente qu'est la sigmoïdite, nous la définirons.

II. Une revue anatomique rapide de la région qui est le siège de cette affection, les limites du champ pathologique de cette dernière, serviront de sujet au chapitre deuxième.

III. Nous décrirons dans un troisième, les différentes formes cliniques que peut revêtir la sigmoïdite et nous donnerons de celles-ci des exemples que nous avons choisis parmi les plus caractéristiques. Cette partie, la plus importante, comprendra également la symptomatologie que revêtent ces formes d'évolution; elle sera tirée des observations que nous aurons relatées.

IV. Le chapitre quatre sera consacré à la recherche des différentes causes de la sigmoïdite et à leur mode d'action; puis nous chercherons à bien caractériser l'affection qui nous occupe de toutes celles qui peuvent la simuler dans chacune de ses formes d'évolution; le diagnostic se fera dans la cinquième partie.

V. Il nous suffira, pour terminer, d'envisager le côté pratique de l'étude théorique que nous aurons faite, de baser un pronostic sur la symptomatologie que nous aurons tracée et enfin d'indiquer la thérapeutique qu'il sera préférable d'employer suivant les cas que le hasard nous fera rencontrer;

VI. Le sixième chapitre trouvera là un sujet de développement intéressant et utile.

Pour mener à bien l'étude dont nous venons d'esquisser les grandes lignes, il nous faudrait, à côté d'une science théorique sérieuse, une expérience clinique approfondie! Ce sont là deux conditions qui nous font absolument défaut et c'est pourquoi nous demandons à nos juges leur bienveillance la plus entière. Nous avons puisé nos exemples un peu partout, mais particulièrement dans les études des Maîtres qui ont l'honneur de la chirurgie française. Aussi reprendrons-nous à notre compte cette phrase que Montaigne a écrite quelque part: « J'ay fait ici un amas de fleurs estrangières n'y ayant fourni de mien que le filet pour les lier. »

Ces fleurs cueillies çà et là puissent-elles être bien liées!

CHAPITRE PREMIER

Historique et Définition

La question des sigmoïdites et périsigmoïdites est assez neuve et les classiques, pour la plupart, sont encore muets à son égard. Peut-être doit-on ce silence général à sa rareté?

C'est ailleurs, croyons-nous, qu'il faut chercher la raison de cette abstention. Jusqu'en ces dernières années l'étude des phlegmasies abdominales s'est presque bornée à l'appendicite et à ses complications; cette affection a régné comme une sorte « de cauchemar sur le monde, dit Lucas-Championnière, on lui a tout rapporté, elle a été considérée comme cause de tout. »

La pathologie abdominale est aujourd'hui moins synthétisée et on étudie enfin ce que pendant longtemps on a passé sous silence.

C'est le professeur Mayor de Genève qui, dès 1893, en décrivant certaines entérites iliaques, lança le premier le mot « sigmoïdite » en étendant au domaine pathologique un terme déjà familier aux anatomistes. Il fit à cette époque une description de l'affection si parfaitement exacte, basée sur des observations si précises, qu'elle est toujours citée aujourd'hui comme typique.

Le docteur Gaillard, en 1897 (1), publia une observation détaillée d'une sigmoïdite aiguë dont le diagnostic avait été particulièrement difficile, tandis que l'année suivante le docteur Regnier, dans une thèse sur l'affection qui nous occupe, rapporte quelques exemples de formes suppurées avec ou sans perforation.

Ce sont là les seules études isolées que l'on trouve vers cette époque, et pendant quelques années le silence le plus absolu règne sur la sigmoïdite. Il faut arriver en 1904 pour trouver dans « la Semaine médicale » un article du professeur Lejars sur ce sujet. Après avoir rapporté quelques exemples, il attire l'attention sur ce point, car « c'est là, dit-il, une question de pratique courante qui mérite d'être mieux étudiée. » Le professeur Michaux, en 1906, relate à la Société de chirurgie un cas d'abcès ovarien propagé par voie lymphatique jusqu'au tissu sous-péritonéal de la fosse iliaque gauche et classe cette affection « périsigmoïdite ». (2)

Une discussion suit cet exposé, à laquelle prennent part les professeurs Monod et Hartmann qui rappellent tous deux des faits analogues de sigmoïdite avec ou sans périsigmoïdite, confondue avec une lithiase urétérale, de sigmoïdite pseudo-cancéreuse, etc. Aux séances des 11 et 21 mars, Sieur, Loison, Lejars, Tuf-

(1) Docteur Gaillard. *Gazette des hôpitaux*, 17 janvier.

(2) Nous l'appellerions parasigmoïdite, nous verrons ailleurs la raison.

fier, Segond apportent des faits nouveaux intéressants qui montrent combien fréquemment les sigmoïdites et périsigmoïdites restent ignorées et confondues avec les affections similaires. Aussi le professeur Michaux, dans une séance d'avril se déclare-t-il heureux d'avoir pu, par sa simple communication, attirer l'attention de ses collègues sur cette question (1).

Nous trouvons à la même époque (1906), dans les archives Médico-chirurgicales du Nord, de M. le professeur Camelot, une observation très détaillée de périsigmoïdite suppurée traitée chirurgicalement et guérie. Plus récemment enfin, le docteur Guillaume Louis de Tours a fait paraître dans les archives Médico-chirurgicales de province une étude sur les sigmoïdites et périsigmoïdites où il met en lumière la variabilité clinique de ces affections. L'étude que nous présentons est beaucoup plus modeste et n'a qu'un mérite: c'est d'être sincère, d'être pratique avant que théorique, de rendre compte de faits vécus ou loyalement observés.

Qu'est-ce que la sigmoïdite avec ou sans périsigmoïdite? telle est la question à laquelle il faut tout d'abord répondre.

Nous entendons par sigmoïdite, ainsi que l'ont bien précisé les Prs Lejars et Hartmann, *le processus inflammatoire qui prend son origine dans l'S iliaque ou anse sigmoïde (des anatomistes anglais et allemands) et par périsigmoïdite le retentissement pé-*

(1) A cette période se rattache la Thèse de Saillant (Paris 1906) sur les sigmoïdites et périsigmoïdites, Thèse qui eut pour point de départ le cas de Michaud.

ritonéal qui l'accompagne et trouve naissance dans les lésions de l'S iliaque.

Nous trouvons chez certains auteurs (docteur Guillaume, Archiv. Médico-chirurgicales de Province) une définition un peu différente; il entend par sigmoïdite « l'inflammation de l'anse oméga de Trèves, du colon « pelvien seul, ou portion libre intermédiaire au co- « lon iliaque en haut et au rectum en bas ».

Nous ferons à ce sujet deux remarques: Tous les auteurs classiques étendent généralement à tout le colon iléo-pelvien, les termes de colon sigmoïdien ou d'anse sigmoïde, bien que cette dernière appellation ait primitivement servi à désigner seule la portion mobile du colon iléo-pelvien.

Au point de vue pathologique d'autre part le professeur Michaux nous apprend (Société Chirurgie, séance 4 avril 1906) qu'il n'existe pas à présent à sa connaissance d'observation anatomique précise d'inflammation siégeant *dans la portion mobile seule*. Nous n'avons rencontré cette particularité dans aucune des observations que nous avons dépouillées et pourtant bien étiquettées sigmoïdites. Notre définition qui étend le terme sigmoïdite à l'inflammation du colon iléo-pelvien, se trouve donc justifiée au double point de vue anatomique et pathologique; bien plus, si nous admettions l'interprétation qui a été proposée, nous nous trouverions en présence d'un terme désignant une affection qui n'aurait jamais été observée cliniquement.

Le terme de périsigmoïdite n'a pas été non plus compris de la même façon par tous les chirurgiens. La grande majorité d'entre eux n'appelle périsigmoïdite

que les inflammations d'origine colique, comme nous l'avons dit nous-même il y a un instant. Le professeur Michaux pense différemment: « Je pense (1), dit-il, « que c'est le siège de l'inflammation et de la suppu- « ration et non la cause qui doit justifier le terme de « périsigmoïdite.... que cette inflammation du méso- « colon iliaque reconnaisse pour cause une lésion in- « testinale ovarienne ou urétérale, du moment qu'elle « siège dans le méso-colon iliaque, elle doit être clas- « sée périsigmoïdite. » Cette explication qui frappe d'abord par sa simplicité menace d'obscurcir cependant un point de pathologie déjà bien peu éclairé. Si c'est le siège d'une collection qui définit celle-ci et non son origine, comment s'y reconnaîtra-t-on? Le souci de cette distinction apparaît du reste nettement partout ailleurs... On définit *périmétrite* un ensemble de lésions péritonéales *d'origine utérine*, mais on réserve le nom de *paramétrite* pour les inflammations d'origine annexielle, par exemple, qui se localisent au tissu cellulaire en rapport avec l'utérus et le paramétrium! Les mêmes différences séparent la périty phlite et la périappendicite de la paratyphlite et parappendicite... Aussi croyons-nous rationnel d'appeler « parasigmoïdite comme l'a proposé Vauverts (2), toutes les inflammations du tissu cellulaire en rapport avec l'anse sigmoïde et qui sont des infections secondaires

(1) Michaud. — Société de Chirurgie, 2 mars 1906.

(2) Vanverts, chirurgien des hôpitaux de Lille. — *Nord Médical*, mai 1906.

transmises, plutôt que de les qualifier, comme on l'a fait, périsigmoïdite d'origine extra-intestinale, et nous réserverons le terme de périsigmoïdite pour les infections péritonéales qui auront leur point de départ dans le colon élio-pelvien. De cette façon, l'emploi des mots périsigmoïdites ou para... donnera déjà par lui-même une indication d'origine, un point de départ.

L'observation du professeur Michaux (Société Chirurgie, mars 1906) qui servit de thème à une discussion sur ce sujet porte cette phrase: « Il s'agissait « donc bien d'une périsigmoïdite suppurée reconnaissant pour cause un abcès de l'ovaire propagé par « voie lymphatique *à tout le tissu cellulaire sous-péritonéal*, en avant du psoas et jusqu'au hile du « rein. »

Etant donné ce que nous avons dit précédemment, il s'agit évidemment là d'une affection que nous appellerions « Parasigmoïdite suppurée » puisqu'il s'agit d'une collection d'origine ovarienne et extra-intestinale propagée au tissu cellulaire pelvien.

Ces différents points élucidés, il est nécessaire que nous rappellions que certains abcès iliaques gauches ont une origine nettement appendiculaire, l'appendicite gauche étant connue depuis longtemps. (Termet et Vauverts).

Néanmoins nous apportons des faits cliniques qui mettent hors de contestation l'existence des périsigmoïdites suppurées. Quelle que soit la fréquence des suppurations d'origine appendiculaire, leur siège parfois inattendu, lointain, impossible à prévoir, l'appen-

dice n'est pas toujours seul en cause, les différents segments du gros intestin peuvent être intéressés. Les abcès périsigmoïdiens rentrent dans ce cadre; nous nous efforcerons de les caractériser suffisamment pour leur conférer une individualité clinique.

CHAPITRE II

Anatomie régionale

Avant d'entreprendre l'étude des phénomènes inflammatoires dont l'anse sigmoïde peut être le siège, il importe d'être bien fixé sur l'anatomie topographique de cette portion du colon, sur ses rapports avec les parois, avec les organes pelviens et le péritoine; c'est ce que nous allons essayer de faire rapidement.

Délimitation. — Au moment où le colon descendant quitte le flanc gauche pour gagner la fosse iliaque du même côté en passant devant la crête de l'oscocal, il devient colon iléo-pelvien. Cette portion du colon porte différentes appellations: Colon iliaque ou S iliaque des anatomistes français, c'est l'anse oméga de Trèves, c'est l'anse sigmoïde des auteurs anglais, cette dernière dénomination ayant donné son nom à l'affection qui nous occupe.

Si tout le monde est d'accord pour donner au colon sigmoïde la crête iliaque comme limite supérieure, l'accord est moins parfait pour sa terminaison. Parmi les classiques, les uns indiquent la symphyse sacro-iliaque gauche, d'autres la droite; la majorité des anatomistes actuels avec Trèves admettent que le colon iléo-pelvien finit là où disparaît son méso, c'est-à-dire à la partie médiane de la troisième vertèbre sacrée; le

méso-rectum n'existe plus ou, plus précisément, est rentré dans le méso-colon iliaque.

Pris à son origine, le colon iléo-pelvien est obliquement descendant, passe devant le psoas dont il gagne le bord interne. Devenu pelvien, il décrit alors l'anse qui l'a fait dénommer en passant de la fosse iliaque gauche dans la droite où il aboutit à la symphyse sacro-iliaque; reprenant une direction oblique et descendante, il vient finir à la troisième vertèbre sacrée avec son méso.

A. cœcum. A' colon ascendant avec a son mésocolon.
B. Intestin grêle, b feuillet gauche du mésentère.
C. Ame pelvienne du colon, b son meso. — D. Colon iliaque (S'iliaque des auteurs), Fanus, G Colon descendant H. Promontaire ;
1) Aorte. 2) Artère mésentérique. 4) Branches de l'hémorroïdales supérieure. 5) Artère iliaque primitive. 6) Vaisseaux iliaques externes. 7) Artère iliaque interne. 8) Nerf cural. 9) Artère spermatique 10) Artères coliques gauches.

Parmi les rapports importants, nous citerons, pour le colon iliaque, les vaisseaux iliaques internes, l'uretère (1) ; dans sa portion pelvienne l'anse oméga est en rapport avec la vessie chez l'homme, les deux culs de sac vésico-utérin et utéro-rectal chez la femme. L'S iliaque est rattachée à la paroi postérieure par un méso important.

(1) Ce rapport n'est pas inutile à rappeler. Dans une de nos observations (VIII) une sigmoïdite aiguë avec périsigmoïdite a été prise pour un calcul urétéral gauche.

A. Colon ileo-pelvien. B) Cœcum. C) Colon descendant. F) Méso Colon ileo-pelvien, vu par le feuillet postérieur. D. Rectum.

1) Paroi. 2) Psoas. 3) Nerf crural. 4) Muscle iliaque. 5) Vaisseaux iliaques externes.

6) Vaisseaux hypogastriques. 7) Urctère gauche, sectionné sur le flanc gauche du rectum.

8) Artères sigmoïdes. 9) Portion finale de la mésentérique inférieure. 10) Membrane obturatrice et muscle.

11) Coups du péritoine au niveau du cul de sac vesico-rectal. 12) Sphincter externe de l'anus.

13) Tissu cellulo-graisseux. 14) Repli du péritoine fixant le colon pelvien au détroit supérieur.

Très court à l'origine comme le méso-colon descendant qu'il continue, il prend de grandes proportions au niveau de l'anse sigmoïde et se raccourcit de là peu à peu jusqu'à finir à la troisième vertèbre sacrée. Sa ligne d'insertion plusieurs fois coudée suit exactement le trajet de l'S iliaque, mais remonte jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire pour y fixer le méso de la partie mobile de l'anse. De ce point elle redescend sur la ligne médiane jusqu'à la troisième sacrée, croisant les vaisseaux primitifs gauches et l'uretère du même côté.

1. Crête iliaque.
2. 5e vertèbre lombaire.
3. 3e Sacrée.
4. Colon descendant.
5. Rectum.
6. Méso-colon iliaque.
7. Fossette intersigmoïde.
8. Vaisseaux iliaques primitifs.
9. Vaisseaux iliaques externes.
10. Artères sigmoïdes.
11. Urétère gauche
12 Feuillet antérieur ou gauche du mésentère.

Telle est, brièvement, l'anatomie descriptive de cette portion du colon qui nous intéresse avec les rapports importants qu'il affecte soit par lui-même soit par son méso.

Il est facile de prévoir que cette partie du tractus digestif, très mobile en certains points, à la fois iliaque et pelvienne, droite et gauche, donnera lieu à des phénomènes inflammatoires difficiles à bien localiser. La présence de tous les organes du bassin, leurs rapports avec le péritoine sigmoïdien ne manqueront pas d'accroître aussi, de leur côté, les difficultés diagnostiques de l'affection que nous décrivons; l'intérêt de cette étude ne pourra qu'y gagner.

CHAPITRE III

Formes cliniques ; leur symptomatologie

L'aspect clinique et les signes de la sigmoïdite et de la périsigmoïdite sont extrêmement variables et dépendent avant tout du retentissement péritonéal de ces deux affections. La réaction de la séreuse « fait à elle seule le tableau symptomatique ». Le péritoine peut n'être pas influencé et le processus inflammatoire atteindre simplement l'anse sigmoïde : c'est la forme la plus bénigne, nous en verrons des exemples. Si, au contraire, la séreuse abdominale est intéressée, elle peut l'être de différentes façons, localement ou en plusieurs points.

A chacune de ces formes d'infection répondra, il est facile de le prévoir, une variété d'évolution de cette affection qui aura un aspect clinique particulier.

Nous grouperons donc les observations que nous avons pu recueillir, en quatre groupes distincts que nous passerons successivement en revue en leur donnant leurs caractéristiques.

Le premier groupe comprendra :

« les sigmoïdites aiguës avec ou sans périsigmoïdite terminées par résolution. »

Le deuxième groupe:
les sigmoïdites aiguës avec périsigmoïdite, terminées par suppuration.

Le troisième groupe:
les sigmoïdites ayant déterminé une péritonite généralisée.

Le quatrième groupe enfin étudiera:
les sigmoïdites chroniques pseudo-cancéreuses.

Le début, sauf dans les formes prolongées, est inopiné et revêt quelquefois dès la première heure une gravité exceptionnelle. Dans la plupart des faits que nous avons étudiés nous n'avons pu retrouver de maladies infectieuses assez récentes (grippe, angine, etc.) qui puissent expliquer l'éclosion de tels accidents ou permettre de comprendre ces derniers parmi leurs complications. Mais ce qui semble avoir été noté par la plupart des observateurs, ce que nous avons vu dans le cas type que nous avons rencontré, c'est la préexistence de troubles intestinaux. Quelques-uns échappent peut-être à cette règle, mais c'est alors d'autres signes locaux que l'on rencontre: contractions spasmodiques, péristaltisme exagéré, irrégularité fonctionnelle, etc. Sur ce terrain ainsi prédisposé vont évoluer les différentes formes de l'affection que nous étudions; elles sont groupées, comme nous l'avons dit, suivant leur allure clinique.

I. Sigmoïdites aiguës avec ou sans perisigmoïdite terminées par résolution

Observation N° 1: Professeur Mayor. Revue Médicale de la Suisse Romande.

« Le jeune malade M. R., âgé de 14 ans, est un peu lympha-
« tique bien qu'il n'ait jamais présenté d'engorgement sous-
« maxillaire non plus que d'autres signes évidents de scrofule.
« Il n'a pas d'autres maladies dans ses antécédents que la rou-
« geôle, la varicelle, la coqueluche; il y a deux ans il a été pris
« d'une paralysie infantile qui a porté spécialement sur les mem-
« bres du côté droit et s'est localisée ensuite dans le membre in-
« férieur où elle a laissé, comme lésion définitive, un affaiblisse-
« ment très marqué du groupe musculaire antero-externe de la
« jambe. A part cette légère infirmité, M. R... jouit d'une bon-
« ne santé, *mais il n'a jamais de selles régulières* et *reste deux*
« *jours sans aller aux cabinets;* il va sans dire que cette ques-
« tion ne le préoccupe que médiocrement. »

La veille du jour où le docteur Mayor est appelé auprès de lui, il a senti quelques douleurs dans le bas ventre; les douleurs se sont accentuées pendant la course de deux kilomètres qu'il a faite à pied pour revenir du collège chez lui: elles lui semblaient cependant localisées dans le côté gauche de l'abdomen. Arrivé chez lui, il était mal à l'aise, subfébricitant et écœuré. Inappétence absolue le soir.

Le lendemain, la fosse iliaque gauche est particulièrement douloureuse; quand il veut se lever il a des vomissements bilieux. On le remet au lit et dans la journée on ne lui donne comme nourriture que du bouillon.

Le soir il est immobile dans son lit, la cuisse gauche fléchie légèrement sur le bassin. La fièvre est légère (38° T); il y a un certain degré d'écœurement, la langue est saburrale, humide; le

ventre légèrement ballonné est resté souple et ne présente nulle part de résistance spéciale. Mais au niveau de la fosse iliaque gauche, la pression est douloureuse et les muscles semblent se contracter dans un mouvement de défense réflexe; il n'y a aucune tuméfaction localisée. Pas de signes d'obstruction; il n'y a, il est vrai, pas de selles, mais il y a eu expulsion de gaz par l'anus. Aucun autre phénomène morbide. On prescrit le repos au lit avec cataplasmes sur la région douloureuse et pour le lendemain une petite dose d'huile de ricin.

Cette huile, bien tolérée, amène, avec des douleurs assez vives, quelques selles dont les premières sont dures. L'attitude du malade reste la même, le ventre est moins ballonné, mais la fosse iliaque se défend toujours.

Dans les jours suivants, la fièvre continue, modérée 38° à 38° 5 le soir; 37° 6 à 38° le matin; la langue reste blanche; on fait donner un lavement chaque soir; on continue la diète hydrique, le repos au lit, les cataplasmes.

Quatre jours après le début des accidents, la cuisse a repris son attitude normale; mais dans la fosse iliaque, autour de la région qu'occupe l'intestin, *se développe une tumeur, inégale à la surface,* faisant penser à une masse ganglionnaire. Cependant d'une part cette tumeur n'est point mate à la percussion; d'autre part ni sur le membre inférieur, ni dans les régions pelviennes on ne trouve de point de départ possible d'une adénite iliaque. Puis cette masse devient plus considérable, plus superficielle. Elle occupe la plus grande partie de la fosse iliaque et s'avance dans la cavité abdominale, au-dessus de l'aire du petit bassin. A son niveau, quoique la sonorité soit diminuée, il n'y a pas de véritable matité. Elle est douloureuse au début; mais très promptement cette douleur disparaît en même temps que la langue se nettoie, que la fièvre tombe, que l'appétit revient.

Continuation du repos au lit; bouillon, lait, purées. Régularité des selles assurée par les lavements. Cataplasmes et onctions d'onguent napolitain belladoné. Peu à peu la tuméfaction commence à diminuer. Cette diminution s'accentue rapidement

six semaines après le début de la maladie, il ne reste plus dans la fosse *iliaque qu'une petite masse dure, allongée, qui suit le trajet de l'iliaque, comme s'il s'agissait d'un épaississement des parois de cet intestin.*

Applications de teinture d'iode sur la raison malade. Port d'une ceinture de flanelle avec laquelle le patient se lève. Pendant longtemps il reste à l'alimentation demi-molle évitant tout ce qui peut arriver à l'état de débris inaltérés jusqu'à l'intestin iliaque. Lavements journaliers, huile de foie de morue. Deux mois après l'accident la santé générale est « parfaite, la fosse iliaque tout à fait souple ».

Il s'agit bien là d'une péritonite localisée (périsigmoïdite) à point de départ iliaque et en suivant le mouvement de retrait des exsudats on peut s'assurer que c'est bien là le point de départ de l'inflammation.

L'idée d'une adénite ne peut se soutenir, dit le professeur Mayor; l'absence complète de matité au niveau de la tumeur et des causes habituelles d'une adénite aiguë accidentelle, la marche de la maladie si différente de ce qu'elle aurait été en cas d'affection scrofuleuse ou tuberculeuse, s'opposent à ce qu'on cherche dans les ganglions iliaques la cause des accidents.

La flexion de la cuisse aurait pu faire penser à un phlegmon iliaque... mais la péritonite iliaque s'en distingue en ce qu'elle ne gagne jamais la paroi abdominale au-dessus de l'arcade pubienne et se présente sous forme d'une tumeur bosselée et sonore. La flexion de la cuisse dans le cas que nous venons de voir est sans doute une position naturellement prise pour éviter la tension de la paroi, ou bien une réaction passagère du psoas.

Cette observation est surtout remarquable comme exemple de périsigmoïdite; la suivante, d'un genre différent, nous montre ce que peut être une sigmoïdite sans péritonite notable. Il n'est pas, en effet, inutile de faire remarquer que, théoriquement, la sigmoïdite et la périsigmoïdite pourraient être étudiées à part: l'une et l'autre se succèdent souvent, mais on peut les voir isolées; en voici un exemple:

Observation II. (Mayor)

M. X, âgé de 40 ans, se plaint depuis longtemps de troubles de digestion. Il présente surtout des douleurs, des fringales qui semblent indiquer un état d'hyperchlorhydrie sans hypersécrétion notable (pas de vomissements). Ces crises douloureuses ne se produisent jamais que pendant les chaleurs; elles sont journalières, exigent des repos fréquents mais peuvent être soulagées aussi par l'ingestion de fortes doses de bicabornate de soude. En 1892, sous l'influence d'un régime sévère, elles ne se sont pas montrées ou plutôt n'ont eu quelque tendance à reparaître que lorsqu'il y a eu quelques écarts de régime. Par contre, au mois de juin le malade a été pris subitement de douleurs vives dans l'S iliaque qui l'ont amené à venir consulter le docteur Mayor. Il n'est point habituellement constipé, mais il présente un phénomène assez constant chez les enteroptosés et qui est dû à un trouble de fonctionnement de l'S iliaque. Fréquemment, sans qu'il puisse en dire la raison, il lui semble que des gaz luttent pour sortir de l'intestin; ils descendent le long du côlon, pénètrent dans l'S iliaque et là paraissent rencontrer un obstacle qui les fait rétrograder. Ils sont ramenés encore plusieurs fois de haut en bas; parfois s'accumulant dans l'S iliaque ils donnent lieu à une sensation de tension douloureuse. Puis ils pénètrent

tout à coup dans le rectum qui les expulse, mais ils sont remplacés aujourd'hui par de nouveaux venus des régions supérieures de l'intestin.

La veille du jour où il vint consulter, ce médecin faisant ses visites, il avait senti tout à coup une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, douleur qui accompagnée de nausées, l'avait forcé à entrer chez un client et à s'y reposer longtemps. La nuit avait été mauvaise, sans fièvre néanmoins. Le lendemain il venait chez le docteur Mayor, mais le trajet en chemin de fer et la marche avaient réveillé des douleurs assez accentuées.

La moindre pression, en effet, sur la région iliaque, détermine une sensation assez pénible pour empêcher tout examen un peu approfondi.

On lui conseille le repos au lit, les cataplasmes, l'alimentation liquide ou les bouillies et les purées, le Benzonaphtol à l'intérieur et, si nécessité, un lavement émollient chaque jour. Deux jours plus tard, le docteur Mayor va voir son confrère, il n'a pas eu de fièvre et les douleurs ont graduellement diminué. La palpation est devenue possible; *l'S iliaque est manifestement dure, tuméfiée, douloureuse à la pression.*

Aucun signe évident d'entéroptose.

Le lendemain, le docteur put se lever; les douleurs disparurent, l'S iliaque redevint normal, « la marche put être reprise peu à peu ».

La sigmoïdite que nous venons de décrire se caractérise donc essentiellement par un léger état inflammatoire des parois de l'S iliaque, une tuméfaction, une dureté spéciale de ces dernières. La température ne s'est pas élevée au-dessus de la normale, ce qui n'a pas empêché la douleur et le gonflement d'être accentués. Cette absence de fièvre ne doit pas faire rejeter l'idée d'inflammation, l'apyréxie est assez commune dans la

typhlite et quelques affections abdominales similaires. Nous aurons l'occasion de montrer dans un cas typique, que des lésions d'une gravité exceptionnelle peuvent évoluer sans fièvre notable; l'hypothermie même n'est pas exceptionnelle. La sigmoïdite pure peut se montrer à tous les âges comme dans toutes les classes de la société.

Voici deux observations dues à un médecin militaire.

ObservationIII. (*M. Sieur. Société Chirurgie,* 14 *mars* 1906).

Mon premier malade était un officier de cavalerie, âgé de 45 ans, sans passé pathologique notoire. Très robuste, actif, il servait en Algérie depuis dix ans, y avait contracté quelques accès palustres et une dysenterie bénigne.

Il vint consulter en nov. 1903, pour une douleur localisée dans la fosse iliaque gauche, à la hauteur d'une ligne horizontale réunissant les deux épines iliaques antérieures et en dehors du muscle grand droit gauche. Cette douleur s'est développée peu à peu, sans cause précise, à moins, di-il, qu'elle ne se rattache à quelques troubles gastro-intestinaux éprouvés au cours des manœuvres. D'abord sourde, cette douleur a pris dans ces derniers temps un tel caractère d'acuité qu'il lui est impossible de faire du trot et surtout du galop. Elle est accrue par la marche et nécessite quelquefois un arrêt jusqu'à ce que les matières et les gaz aient franchi le point douloureux.

Pas de constipation à proprement parler: les selles et les émissions de gaz sont toujours suivies d'une diminution des symptômes douloureux. L'examen du ventre est difficile à pratiquer du côté gauche, tant est vive la douleur provoquée par la pression. Tous les signes sont localisés sur le gros intestin, près de l'épine

iliaque antérieure et supérieure gauche. La sonorité y est moins développée et la palpation permet de reconnaître *une sorte de bloc ayant le volume du poing*, auquel on peut communiquer quelques mouvements de latéralité; il paraît constitué par le gros intestin avec adhérences de l'épiploon et des anses grêles voisines.

Nous avons revu le malade tous les huit jours. Au bout d'un mois et demi il nous quittait pour rentrer en France. Les coliques avaient disparu, la défense musculaire était moindre, on sentait une tuméfaction douloureuse sur le trajet du gros intestin mais loin de ressembler au bloc des premiers jours. Depuis le malade a continué son traitement et a vu ses troubles disparaître. Le diagnostic a été confirmé par M. Lejars, que le malade a vu en France.

Observation IV. (*M. Sieur Société Chirurgie, Mars* 1906).

Notre second malade est un gendarme indigène de 35 ans, dans les antécédents duquel on relève une fièvre typhoïde en 1895 et *des coliques fréquentes avec constipation.*

Quand il entre dans notre service en février 1905, il n'est pas allé à la selle depuis 6 jours. Son ventre est globuleux, assez tendu pour rendre impossible l'exploration des organes profonds. Tympanisme assez peu prononcé sur le trajet du gros intestin, matité hypogastrique bien que la vessie soit vide.

Le pouls est irrégulier, facies pâle, un peu tiré, la langue est blanche, mais pas d'haleine fétide, de nausées, ou de vomissements. T. 37°.

Un grand lavement huileux amène une débacle qui permet de constater sur le trajet de l'S iliaque *une tuméfaction douloureuse à la pression, faisant corps avec l'intestin et du volume d'une mandarine.* En aucun autre point on trouve de nodosité ou d'induration.

On maintient le malade au repos absolu : sur le ventre grand

enveloppement chaud et humide, deux grands lavements huileux par jour.

Peu à peu les selles se régularisent, l'induration intestinale diminue de volume et de sensibilité. Au bout de 2 mois les fonctions intestinales sont normales, il persiste encore un peu de sensibilité et d'induration au niveau de l'S iliaque.

Les deux exemples rapportés par M. Sieur sont frappants et caractéristiques. Les lésions inflammatoires de l'anse sigmoïde sont bien nettes, suffisamment développées pour être perçues à la palpation puisqu'elles atteignent le volume du poing et d'une mandarine dans l'un et l'autre cas. Le péritoine n'a pas été intéressé, il n'a pas donné ses signes de réaction habituelle, *il n'y avait que de la sigmoïdite.*

Trois cas de M. le professeur Lejars sont à rapprocher de ces derniers; la concordance dans les symptômes physiques et la bénignité est remarquable, seule la réaction fébrile a été plus intense dans la première observation.

Observation V. Docteur A. Bittorf de Leipzig, cité par le Professeur Lejars

Un homme de 45 ans, sans passé abdominal est pris subitement de fièvre (39°4) de céphalée, d'abattement général. Le ventre est tendu météorisé. Dans la fosse iliaque gauche on sent profondément une résistance en forme de boudin de 10 à 12 cm. de long, 4 à 6 cm. de large, convexe à droite et qui se perd du côté du petit bassin. La douleur est cantonnée à cette zone.

Après huile de ricin et selles nombreuses, la tumeur s'affaisse peu à peu. Au 6e jour la douleur et le ballonnement reparaissent mais pour quelques heures. Les jours suivants la tumeur continue à rétrocéder jusqu'à disparaître.

Observation VI. Docteur Bittorf, cité par le Professeur Lejars (*Semaine médicale, 27 janvier* 1904)

Un autre malade à 33 ans: Début fébrile 38°4 le soir du 2e jour. Dans la fosse iliaque gauche résistance très nette, anondie, allongée, commençant à la hauteur de l'ombilic et finissant au petit bassin, une douleur très vive est localisée à ce niveau.

Les accidents tournent court en en quatre ou cinq jours, le repos au lit, l'huile de ricin et la diète en ont raison.

Observation VII. Professeur Lejars
(*Semaine médicale, 27 janvier* 1904)

Tout récemment, un jeune homme entrait dans mon service, à l'hôpital Tenon, avec des douleurs très aiguës dans la fosse iliaque gauche, le ventre ballonné, la langue sale, une température de 38°4. Il était constipé depuis 4 jours et souffrait depuis lors: la douleur s'était accentuée depuis 48 h. La paroi abdominale était en état de défense, contracturée et douloureuse dans la fosse iliaque gauche. On parvenait à sentir à ce niveau un gros boudin allongé qui devint plus net le lendemain dès que la glace, le repos au lit, une première débacle eurent atténué les douleurs.

Toutefois, durant quatre jours, la T. resta à 38° et l'on trouvait au palper de la résistance profonde et une certaine sensibilité.

A côté des faits que nous venons d'exposer, où le

diagnostic paraît s'imposer d'une façon évidente, la pratique nous en montre d'autres où l'identification est bien plus difficile, où les maîtres eux-mêmes, malgré leur expérience clinique, ne se trouvent pas à leur aise.

Les trois observations qui suivent vont permettre de juger de ces difficultés.

Observation VIII. (*Monod, Société de Chirurgie, 7 mars* 1906). — *Sigmoïdite et lithiase urétérale gauche*).

Il s'agit d'un homme de 45 ans qui fut pris subitement dans la nuit du 19 au 20 octobre 1905 d'une douleur vive dans le ventre avec frissons, fièvre et grand malaise. Cet état dura et le malade étant à la veille d'un voyage important partit quand même. Il ne put aller loin et fut obligé de s'arrêter le 22 octobre à Cologne. Il avait été repris en wagon de fièvre, de douleur, cette fois localisé dans la fosse iliaque gauche.

Un confrère allemand, le docteur Albensheim appelé constata chez le malade une T axillaire de 40°5, 112 pulsations, avec vives douleurs dans la partie inférieure du ventre à gauche et dans la jambe du même côté; pas de symptômes de péritonite. Toucher rectal est négatif: albumine dans les mines avec cylindres hyalins, cellules épithéliales et quelques leucocytes, pas de sang. L'albuminurie cessa au bout de quatre jours, la température descendit, elle était normale au 7e jour.

Mais la douleur revenait par crises nécessitant la morphine. Le diagnostic était hésitant. Le docteur et un confrère s'arrêtèrent à l'idée *d'un calcul arrêté dans l'uctère;* mais une radiographie n'apprit rien.

Le 6 novembre, M. X., rentrait à Paris, le 16 il venait me consulter. Il avait eu le lendemain de son retour un accès de fièvre, depuis apyrésie complète. Mais la douleur dans la fosse iliaque persistait. Je constatai de la façon la plus nette dans cette région, *une tuméfaction profonde à certains contours va-*

gues, non mobiles, douloureux au toucher, de consistance ferme, *submate à la percussion.* Le toucher rectal ne donnait aucun renseignement. Les urines normales, les selles également n'ont jamais contenu de sang. L'état général est bon. Je ne fais de diagnostic ferme et songe, soit à une inflammation périurétérale provoquée comme on l'avait pensé à Cologne, par un calcul arrêté dans l'urétère la violence des douleurs au début donnant poids à cette hypothèse; soit à une inflammation autour de l'S iliaque analogue à celle que l'on rencontre autour de l'appendice. Dans le doute je recommandai le lit et le repos absolu.

Il revient me voir le 30 novembre, il ne souffre pour ainsi dire plus; il se sent parfaitement bien portant, mange et dort à souhait. Mais il reste dans la fosse iliaque *gauche la masse déjà décrite* un peu moins volumieuse, toujours douloureuse au toucher. J'autorise M. X. a reprendre peu à peu ses occupations si aucun incident ne survient.

Je ne le revois que le 15 janvier de cette année, il désire prendre congé de moi: il a depuis repris sa vie ordinaire et repart en voyage. A l'examen *la tuméfaction iliaque gauche a disparu.* On sent encore profondément quelque chose qui la rappelle, sensation à laquelle on ne s'arrêterait pas si l'attention n'avait « pas été arrêté de ce côté par les événements antérieurs » le diagnostic était ici difficile à établir: l'intensité des phénomènes douloureux suivant un trajet donné sans cause facilement décelable explique que l'on ait pensé à la lithiase nutérale. Seule une palpation attentive a fait découvrir une tuméfaction de la fosse iliaque et la rétrocession progressive de cette masse a fait penser à un processus inflammatoire d'origine intestinale, puisque à la fin le colon seul est resté intéressé.

Des cas plus épineux encore que le précédent peuvent se rencontrer en pratique. Chez la femme un début brusque fébrile, avec une tuméfaction iliaque peut faire craindre une affection d'origine utérine grave, surtout dans la période puerpérale; en dehors de cette époque, même n'aura-t-on pas souvent tendance à mettre les accidents de sigmoïdite sur le compte

de l'appareil vinnexiel qui est en somme plus fréquemment intéressé. Nous avons deux observations de sigmoïdite, chez des femmes à deux périodes différentes de leur vie génitale. Leur relation donnera une idée des difficultés auxquelles le médecin est aux prises dans les cas de ce genre.

Observation IX. (*Professeur Lejars. Société Chirurgie, mars 1906. Cas du Docteur Clamousse de Saint-Epain*).

Il s'agit d'une femme de 21 ans *primipare,* très névropathe qui avait eu une grossesse très laborieuse. L'accouchement survenu le 21 mai nécessita une application de foceps. Les jours suivants aucun accident ne se produit, la lactation s'établit sans fièvre.

Le 27 au 8e jour, on trouve la parturiente avec un facies mauvais: elle a souffert toute la nuit de violentes coliques, la céphalée est intense, le ventre ballonné est douloureux, il y a eu des vomissements. T.: 38°4.

Craignant des complications puerpérales' l'utérus est examiné, il remonte à quatre doigts au-dessus de la symphyse, l'écoulement lochial est faible et sans odeur. L'utérus n'est pas douloureux, il est en bonne position, il admet l'index. En pressant la malade de question on finit par savoiré qu'elle n'a pas eu de selles depuis l'accouchement; des lavements glycérinés restent sans résultats et la fièvre montant toujours, on pratique le curage digital du rectum. Le lendemain, la T.: 40°4. Elle tombe à 37°6 après des débacles provoqués par des purgatifs huileux et des lavements répétés, puis remonte à 40°: la fosse iliaque gauche est spécialement douloureuse, on y fait appliquer dix sangsues, puis un vésicatoire. On pense encore à une origine utérine de ces accidents fébriles, mais un nouvel examen ne révèle rien d'anormal et on doit conclure à un processus d'entéro-colite aiguë localisée à l'S iliaque. Au huitième jour, la fièvre disparaît, mais une récidive survient bientôt au cours de laquelle on perçoit de

nouveau une douleur aiguë dans la fosse iliaque gauche et *une sorte de tuméfaction boudinée à ce niveau....*

Enfin tout s'efface et se résorbe, une franche convalescence s'établit.

Telle est, suivant toute évidence, la sigmoïdite stercorale chez une accouchée: le péritoine a été un peu intéressé (douleur, ballonnement), il y a eu, certains jours, de la périsigmoïdite. Cette relation permet de se rendre compte de la difficulté qu'il y a en pareille occurrence à distinguer les phénomènes qui peuvent avoir une origine utérine de ceux qui reconnaissent une cause intestinale.

En dehors de la période puerpérale, on peut rencontrer chez la femme des accidents aigus à point de départ colique, que l'on attribue facilement à l'appareil génital, pourtant indemne.

En voici un exemple, rapporté à la Société médicale des Hôpitaux, à une époque où, seuls, les travaux du professeur Mayor, sur cette question, étaient connus; la sigmoïdite y est rebelle, la réaction péritonéale très nette.

Observation X. — *Docteur Gaillard, hôpital Tenon*
Communiquée à la Société Médicale des hôpitaux.

Gazette des hôpitaux, Janvier 1897.

Sigmoïdite aiguë.

L. Henriette, 28 ans, cuisinière, est admise à l'hôpital le 28 novembre 1896. Le père est mort d'affection cérébrale, la mère d'affection cardiaque. A l'age de huit ans, la patiente a eu la fièvre typhoïde, à 24 ans la grippe. Pas d'autre maladie sérieuse.

Constipation est habituelle. Pas d'affections gastriques. Il y a deux mois les règles ont été supprimées à la suite d'un refroidissement, le malade souffrit de céphalalgie, pluerodynie. Un médecin appelé prescrivit une purgation. Les dernières règles peu abondantes ont été accompagnées de douleurs lombaires. La période menstruelle était terminée depuis 12 jours, lorsque la malade éprouva de vives douleurs abdominales. Le Médecin de la ville fit le diagnostic de métrite et conseilla l'entrée à l'hôpital. Le 28 novembre au soir, la T. Vaginal est de 39°1. Le 29, nous trouvons la malade abattue, prostrée, les yeux cerclés de noir, les traits tirés, se plaignant d'un violent mal de tête, de douleurs temporales avec sensation de constriction. En outre, elle accuse une vive douleur dans la fosse iliaque gauche et déclare que depuis huit jours elle n'a pas été à la selle, mais a émis des gaz par l'anus. Depuis 2 jours elle vomit les aliments solides, la bouche est pâteuse, langue chargée, T.: 38°5, le pouls est large, l'utérus donne un peu de sang.

En examinant la fosse iliaque gauche, on y trouve une *tumeur un peu moins grosse que le poing sans contours absolument précis,* paraissant faire corps avec l'S iliaque et non fluctuante; elle ne se laisse pas déprimer comme ferait une masse stercorale. A son niveau, pas d'œdème de la paroi, pas de rougeur de la peau, la palpation provoque de la douleur. Pas de météorisme, aucun signe de réaction péritonéale. Pas de symptômes thoraciques, ni d'albuminurie. En cherchant les phénomènes nerveux on trouve de l'hémianesthésie droite.

S'agit-il d'une phlegmasie de l'S iliaque liée à la copustace? S'agit-il d'une salpingite avec phlegmon iliaque et parésie de l'intestin? Le toucher rectal ne fournit aucun résultat. Au toucher vaginal on se rend compte que l'utérus est sain et mobile, que les culs de sac sont libres, les annexes indemnes. Il faut donc admettre une sigmoïdite aiguë avec périsigmoïdite.

Lavements purgatifs, frictions chloroformées et laudanisées, cataplasmes chauds, régime lacté.

Le soir 38°6, antipyrine 1 gr.

Le 30 nov.: 38°5. Légère amélioration, moins de céphalée et de prostration: les vomissements ont cessé, pas de garde-robe, même état de l'abdomen, encore un lavement. Le soir 39°1, antipyrine 1 gr.

Le premier décembre, la métronhagie a cessé. Le malade a pris un verre d'eau de Sedliz. Je constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite; même état de la tumeur qui est peu douloureuse à la palpation. T.: 38°1.

Dans la soirée la malade éprouve un grand malaise et se met à vomir des mucosités: on cherche l'interne de garde qui prescrit, glace et eau de seltz.

Le 2 décembre, amélioration. T.: 37°5. Les vomissements ont cessé. Scammonée 1 gr., le soir 38°. Evacuations diarrhéïques non purulentes.

Le 3 décembre, 37°4. Coliques, douleurs périombilicales, selles copieuses, la langue est chargée, mais la tumeur diminue et devient mobile. Le soir 38°1.

Le 4 décembre, *la tumeur a le volume d'un gros citron:* plus facile à délimiter elle occupe la partie interne de la fosse iliaque et ne se sépare pas de l'intestin. Peu de douleurs.

Le 9 décembre, *la tumeur atteint* encore *le volume d'une mandarine,* la diarrhée apparaît. Bi, laudanum, Ratarrhia, etc.

Le 10 décembre, le Professeur Gérard Marchand examine la malade et déclare que l'utérus et les annexes sont étrangers aux accidents. L'S iliaque est seule en cause.

Le 15 décembre, la tumeur n'a pas encore tout à fait disparu.

Le 20 décembre, l'état est satisfaisant, mais on perçoit encore dans la fosse iliaque gauche *une tumeur grosse comme une noix* qui roule sous le doigt. La malade quitte l'hôpital.

Cette observation du docteur Gaillard clôt la série des exemples de sigmoïdite avec ou sans périsigmoïdite, terminées par résolution, que nous avons pu rassembler.

L'intensité des phénomènes inflammatoires varie dans chacun de ces cas: les uns sont d'une bénignité parfaite, comme ceux du professeur Lejars; d'autres vont jusqu'à simuler le phlegmon iliaque comme dans l'observation I du professeur Mayor. Entre ces deux extrêmes, on peut trouver tout une gamme et sous quelques variantes classiques retrouver la même évolution.

Partout nous trouvons *un début* assez brusque, déconcertant, qui rapproche bien la sigmoïdite de l'appendicite. *La fièvre* est fréquente, aussi soudaine, sans signes précurseurs.

Dans le passé pathologique on relève presque partout sinon une constipation habituelle, du moins des troubles dans le fonctionnement de l'intestin. Une sensibilité iliaque, plus ou moins vive, des douleurs lancinantes irradiées à l'hypocondre gauche et à la cuisse du même côté, sont souvent notées. Cette douleur ne ressemble pas à celle « en coup de pistolet » (Roux); elle a été décrite pour l'appendicite, elle est ici moins brusque, mais progressive et nécessite souvent les calmants.

Le malade est abattu, la tête lourde, il est en proie à des nausées continuelles.

Objectivement on trouve un ventre contracturé ou ballonné plus ou moins nettement suivant la réaction péritonéale. La palpation permet de délimiter dans la fosse iliaque une tuméfaction, constante dans nos observations, d'un volume variable du poing à une mandarine. Quelquefois c'est une tuméfaction boudinée,

épaisse, tendue, allongée obliquement de la crête iliaque à l'entrée de l'excavation. Ce boudin ne s'affaisse et ne se réduit que peu à peu, assez lentement.

L'intestin distendu se vide, mais la masse inflammatoire ne se résoud que progressivement et peut persister pendant plusieurs semaines.

En résumé, on trouve dans la sigmoïdite aiguë avec ou sans périsigmoïdite un début assez brusque, peu ou pas de prodromes; les troubles digestifs préexistent toujours.

α) *Symptômes subjectifs*

Douleurs, plus ou moins intense suivant l'infection et la réaction pénitonéale.
Point de côté iliaque gauche.
Frisson fréquent
Abattement.
Céphalée.
Nausées.
Anoréie.
Ventre très sensible.

β) *Symptômes objectifs*

Symptômes Physiques

Tumenr, cylindroïde, bondinée, allongée de la crête iliaque à l'entrée de l'excavation : elle est douloureuse au toucher, de consistance ferme, sub. mate à la percussion.

Ventre, contracturé, baillonné quelquefois.
Facies grippé, yeux cernés.

Symptômes Fonctionnels

Pouls, est variable 70, 100, 110.
Température, généralement proportionnée à la réaction de la séreuse ; mais on peut la trouver normale dans les cas graves, quelquefois en hypothermie.
Vomissements alimentaires puis bilieux et poracés.
Constipation opiniatre ; débacles obtenues artificiellement,
Langue banche sabunale.
Urines courtes et chargées.
Respiration superficielle, souvent accélérée.

La durée et l'évolution sont éminemment variables. L'amélioration est progressive et est parallèle au mouvement de retrait de la masse inflammatoire de l'excavation vers la crête iliaque.

IIe Groupe clinique

Sigmoïdite et périsigmoïdite aiguës terminées par suppuration

A côté des formes bénignes de la sigmoïdite et de la périsigmoïdite aiguës évoluant plus ou moins rapidement vers la résolution et la restitution anatomique, la clinique nous permet de décrire un groupe différent où le processus infectieux aboutit à la suppuration.

Cette aggravation dans l'évolution clinique peut s'expliquer soit par des germes plus virulents soit parce que ces agents ont attaqué des organismes affaiblis... Quelle que soit l'explication, nous allons observer les modifications symptomatiques que ce mode de terminaison imprime à la sigmoïdite, et nous nous efforcerons par la suite d'en tirer des conséquences pronostiques et thérapeutiques. Suivant ici, le plan que nous avons suivi ailleurs, nous allons donner des exemples de sigmoïdites avec périsigmoïdites suppurées que nous croyons caractéristiques, et c'est des observations relatées que nous tirerons la symptomatologie de la forme suppurée de l'affection que nous étudions.

Observation XI. Mayor. (*Revue médicale de la Suisse Romande*).

E... A., 11 ans.

Antécédents familiaux irréprochables.

Antécédents personnels: scarlatine et rougeole; est habituellement bien portant; il ne présentait aucune altération de la santé générale lorsque, il y a quelques jours, il revint de l'école avec un point douloureux dans le bas ventre et à gauche. *Comme il est habituellement constipé* et que dans le cas particulier il ne se rappelait pas être allé au cabinet la veille, sa mère lui administre un purgatif qui amène une selle dure suivie de plusieurs autres liquides. L'enfant paraît soulagé, retourne en classe mais en revient plus souffrant, ayant de la fièvre et refusant toute nourriture.

Appelé le jour suivant au matin, je lui trouve une fièvre assez vive, 39° dans l'aisselle. Le ventre est un peu ballonné, généralement douloureux avec prédominance dans la fosse iliaque gauche. A ce niveau, la paroi abdominale paraît résister; elle n'est pas infiltrée en plastron mais outre un peu de contracture musculaire *il existe une véritable tuméfaction assez superficielle* quoique sous-jacente à la paroi.

Cette tuméfaction occupe toute la fosse iliaque gauche et à ce niveau, la sonorité abdominale est diminuée, quoiqu'elle ne soit pas tout à fait abolie. Pas de rétraction de la cuisse, quelques nausées, pas de vomissements; pas de selles hier mais expulsion de gaz par l'anus. Aucun autre phénomène morbide. Repos au lit, cataplasmes, alimentation liquide froide. Le lendemain même état; la fièvre continue, 39° le matin, 40° le soir. Pas de selles, le ballonnement n'augmente pas. Le surlendemain un lavement donné prudemment amène des matières peu consistantes et dès ce jour s'établissent des selles quotidiennes diarrhéïques. La fièvre continue avec la même intensité, le ventre est toujours douloureux; il paraît plus gonflé, l'enfant s'alimente mal.

La tuméfaction iliaque gauche augmente de volume et finit par faire une saillie évidente dans la moitié gauche du ventre.

Cette tuméfaction remonte jusqu'à l'ombilic et au-dessous de ce point dépasse la ligne moyenne; la matité s'accentue dans la région iliaque de cette masse.

L'aspect local, l'état fébrile me paraissent devoir faire *supposer une collection purulente* et il me semble constater une *fluctuation obscure:* le jour ob j'arrive, décidé à m'adjoindre un chirurgien, je trouve que dans la nuit *l'enfant a rendu une très forte selle de consistance crémeuse que l'on* a jetée; son odeur était infecte. Le ventre a totalement changé d'aspect: il est plat et souple, la tuméfaction iliaque n'est plus représentée que par *une masse indurée du volume du poing* dans la fosse iliaque.

Dès ce jour, la fièvre cesse, la langue se nettoie, l'appétit reparaît. Quelques douleurs passagères dans la fosse iliaque, la masse indurée y est encore sensible. Je fais cesser les cataplasmes et commencer les badigeonnages à l'iode, les fonctions intestinales sont régularisées par des lavements journaliers.

Dix jours après l'ouverture de l'abcès, la tumeur iliaque a pris l'aspect d'un boudin inflammatoire irrégulier à sa surface, qui diminue chaque jour de volume et de consistance. Bientôt on peut lever l'enfant, la guérison suit de près.

Nous sommes ici en présence d'un cas de périsigmoïdite suppurée localisée, dans laquelle le pus s'est ouvert une voie dans l'intestin. Cette terminaison est toujours possible, mais nous nous hâterons d'ajouter que dans l'état actuel de la chirurgie il serait impardonnable d'attendre pareille solution, puisque pour éviter une opération assez bénigne, on s'expose à avoir une ouverture dans le péritoine avec, comme conséquence, une péritonite généralisée presque toujours mortelle. La fétidité du pus doit faire penser à une origine intestinale de la suppuration: cette caractéris-

tique se retrouve dans un abcès du même genre, ouvert par le professeur Lejars :

Observation XII (*hôp. Beaujon. Pr Lejars. Société Chirurgie* 21 janvier 1904.)

« J'ai ouvert, en 1897, à Beaujon, un abcès iliaque gauche chez un jeune homme de 28 ans qui, depuis un mois, souffrait du ventre, à gauche. La température était à 39°. On sentait *dans la fosse iliaque gauche, une masse allongée, oblique,* manifestement *fluctuante.* L'incision me conduisit dans une collection purulente, fétide, occupant la fosse iliaque, accolée en dedans à l'S iliaque, encapuchonnée de fausses membranes, et close de toute part. La guérison eut lieu sans incident. »

La réaction péritonéale a été, dans cette observation, très peu intense : cette séreuse est, dans certains cas, d'une tolérance remarquable et pour des raisons que nous ne connaissons pas.

Cette tolérance se montre encore dans l'exemple suivant :

Observation XIII (*Loison. Sté Chirurgie,* 21 mars 1906)

B..., né à Paris, en 1870, ne présente pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Facteur des postes, il s'engage aux zouaves le 26 mars 1870. Durant 20 mois, sans santé est excellente, malgré quelques attaques légères de paludisme. Le 22 avril 1892, il ressentit, au Bardo, une douleur dans le flanc gauche devenant plus vive pendant la marche. Le 4 mai, à l'hôpital militaire, nous lui trouvons, occupant *la fosse iliaque gauche, une tuméfaction douloureuse à la pression.* La zone d'induration allongée verticalement s'étend du bord externe du grand droit à la ligne axillaire moyenne prolongée, en haut elle confine aux fausses côtes,

en bas à la crête iliaque. Les mouvements de la cuisse gauche se font sans souffrance, pas d'adénite inguinale. Les selles ont été irrégulières jusqu'à hier matin, un verre d'eau sedlitz n'a produit aucun effet, pas de troubles du côté des urines. La température oscille autour de 38°.

5 mai. — Une opération est décidée. Incision verticale un peu en dehors du grand droit. La ponction du péritoine donne issue à 300 gr. de pus. Après débridement, le doigt arrive dans une cavité du volume du poing, circonscrite par des parois résistantes, avec quelques diverticules peu étendus. Le gros intestin est refoulé en dedans. Le fond de l'abcès étant en contact avec la paroi postérieure, on y pratique une contreouverture lombaire. Les suites opératoires sont bonnes, coupées par de petits accès fébriles, des alternatives de diarrhée dysentériformes, de constipation avec expulsion de scyballes, mucus, glaires, etc.

Le 26 mai, des douleurs apparaissent *dans le mollet gauche,* suivies le lendemain d'œdème avec douleurs à la pression dans le triangle de Scarpa. *L'hypocondre droit* devient *également sensible* et ceci dure quelques jours. Cette « phlegmatia alba doleus » retarde un peu la convalescence qui est franche dès la fin de juin; la douleur de l'hypocondre a également disparu.

Cette observation (1) reproduit fidèlement à gauche l'évolution du phlegmon peri-cœcal du côté droit: comme chez ce dernier nous avons vu subvenir une phlematia alba dolens du côté de la collection, un retentissement hépatique dû sans doute à une embolie infectieuse dans une branche de la veine porte. Cette manifestation eût pu se terminer par un abcès sus-hépatique, reproduisant encore une des complications fréquentes des suppurations appendiculaires.

Ne s'agissait-il pas dans l'observation que nous ve-

(1) Loison. Loco citato).

nons de rapporter, d'un abcès iliaque gauche d'origine appendiculaire? C'est la question que se posèrent MM. les Prs Broca et Jalagnier, la phlegmatia gauche et l'embolie hépatique n'ont en effet aucune importance pour le diagnostic rétrospectif de la sigmoïdite, la phlebite appendiculaire ayant une prédominance marquée et inexpliquée pour le côté gauche. Mais on conviendra facilement qu'un abcès situé entre le côté externe du gros intestin et la paroi abdominale postérieure, collecté et encapsulé dans le péritoine, indépendant des muscles et des os, ne peut provenir que de l'anse sigmoïde enflammée.

La réaction péritonéale que nous avons vu se produire jusqu'ici contre la suppuration périsigmoïdienne a été plutôt mitigée; la séreuse, par son mode de défense habituelle est parvenue à bien localiser l'infection. Il nous reste à présenter trois exemples dans lesquels les phénomènes ont été moins cantonnés, où la péritonite plus ou moins diffuse s'est signalée par ses grands signes habituels. Une de ces observations est du Pr. Michaux: il y est question d'une périsigmoïdite secondaire d'origine ovarienne; elle ne répond donc pas à la définition de la périsigmoïdité vraie qui doit être d'origine intestinale et devrait être étiquetée parasigmoïde (Vauverts).

Cependant nous ne pouvons résister au désir de la citer, parce que très complète et très étudiée, vérifiée par des études anatomo-pathologiques et nécropsiques, parce qu'enfin elle nous permettra de bien montrer les différences qui séparent ces périsigmoïdites transmises des seules qui en soient réellement, parce

qu'ayant une origine locale: Nous justifierons ainsi la distinction que nous avons faite dès le début.

Observation XIV (*Michaud. Sté Chirurgie, 7 mars* 1906).

« Le 18 janvier 1906, on amène dans mon service à l'hôpital Beaujon, une femme de 42 ans, ménagère qui se plaint de vives douleurs dans la fosse iliaque gauche, avec vomissements d'abord alimentaires puis bilieux. L'intestin ne fonctionne plus que difficilement; la constipation est opiniâtre, ne cède qu'à plusieurs purgations et lavements. Pas d'émission de gaz par l'anus. Un médecin l'a mise à la diète hydrique et l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic probable de péritonite.

En l'interrogeant à son entrée, j'apprends que la maladie actuelle remonte à quatre semaines; elle a débuté par une perte très abondante qui a duré près de huit jours et qui a suivi un retard de deux mois considéré par la malade comme un commencement de grossesse. Il n'y a guère de péritonite vraie, le ventre est déprimé et la paroi souple. On sent nettement dans la fosse iliaque gauche une tuméfaction large de 3 m., longue de 8 m., très douloureuse.

L'état général n'est pas brillant. La température dépasse 38°, la malade est affaiblie, la respiration gênée, le pouls petit, rapide, filant, aux environs de 100. Les traits sont tirés, la langue blanche, les urines rares et chargées. *Le toucher rectal et vaginal ne révèle aucune lésion annexielle.* L'utérus est un peu gros, mais mobile, le col est mou, entr'ouvert.

Je diagnostique une périsigmoïdite en faisant mes réserves sur l'origine et le siège du phlegmon. Le lendemain, même état toujours inquiétant, pas de changement du côté du ventre, deux vomissements bilieux, ni selles, ni gaz évacués, le pouls reste petit et fréquent.

On attend encore 24 h. Le 29, l'état est toujours le même, plus grave, la tuméfaction est plus apparente, je décide l'opération.

Incision sur le bord externe du grand droit gauche au niveau de la tuméfaction. Le péritoine est incisé sur 8 à 10 cm. et nous constatons que le colon iliaque gauche sain en apparence, recouvre une masse dure, longue de 0 m. 10, incluse dans le mésocolon, faisant corps avec la paroi pelvienne.

Cette masse est si dure que je me demande si je n'ai pas affaire à un néoplasme pelvien. Je protège le champ opératoire et ponctionne le péritoine que j'explore à la sonde. Celle-ci pénètre dans un tissu dur et je vois sourdre le pus. J'agrandis la boutonnière et j'ouvre avec le doigt un gros foyer périsigmoïdien qui donne un pus verdâtre, lié, inodore. Le foyer est largement ouvert, drainé, pansé à la gaze iodoformée. La plaie est laissée ouverte, pansée avec des compresses humides et exprimées.

Le soir, le pouls est un peu faible, T.: 37°5, 1 litre de sérum, 2 c. 3 d'huile camphrée.

Le 21 janvier, l'état est toujours le même, pas de réaction péritonéale, T.: 37°8, pouls à 112. 1 litre de sérum.

Le 22, T. au-dessous de 37°, la malade peut uriner seule. Mais le 23 le pouls devient imperceptible, la respiration saccadée. Diarrhée profuse. Le 24, l'état est désespéré. Le 25, la mort arrive après dyspnée intense. »

L'autopsie a pu être faite et l'examen anatomique permet d'affirmer qu'il s'agit bien d'une périsigmoïdite (1) suppurée, reconnaissant pour cause un abcès de l'ovaire gauche propagé par les lymphatiques à *tout le tissu cellulaire sous-péritonéal* en avant du psoas et jusqu'aux reins. La nappe purulente occupe la partie moyenne de la fosse iliaque, remonte en haut jusqu'au hile du rein et descend en bas jusqu'à l'ovaire qui présente une cavité purulente.

(1) Nous dirions d'une parasigmoïdite.

Tous les organes prélevés sont sains, sauf l'ovaire gauche et la trompe du même côté.

L'intestin ayant été reconnu sain il ne s'agit que d'une périsigmoïdite secondaire, à distance, ou plutôt d'une *parasigmoïdite.*

Cette observation est intéressante à bien des points de vue: elle l'est par rapport à notre étude puisqu'une périsigmoïdite d'origine intestinale peut avoir la même évolution:

Ce qui la caractérise ce sont surtout:

L. Les phénomènes d'obstruction incomplète de l'intestin.

B. Les douleurs abdominales vives et irradiée.

C. La tuméfaction du colon et sa dureté ligneuse.

D. La péritonite spéciale qui produit des vomissements et n'a pas de retentissement du côté de la paroi.

E la gravité de l'état général et l'impossibilité de relever le pouls.

Le peu de réaction de la séreuse peut s'expliquer par ce fait qu'elle avait réuni par son épaississement, sa sclérose à localiser le pus, à l'isoler en quelque sorte de la cavité abdominale par une coque très épaisse—

C'est là un mode de défense des séreuses que nous observons fréquemment. Mais cette « exclusion » de l'abcès pour des raisons inconnues ne se fait pas toujours: l'infection et la suppuration ne sont pas cantonnées en un point précis, la douleur n'est pas très localisée, la paroi réagit dans tout son ensemble... les germes ont ensemencé de grandes surfaces, *c'est la péritonite plus ou moins diffuse.*

Les observations de périsigmoïdite suppurée qu'il

nous reste à présenter nous montrent cette péritonite à tendance diffuse avec une symptomatologie particulière. Ce sont des périsigmoïdites, telles que nous les avons définies, d'origine intestinale.

Observation XV. Cas de périsigmoïdite suppurée.

(*Bulletin de la Société Médico-chirurgicale du Nord*)

Due à M. le Professeur Camelot.

Mlle X., 53 ans, a été opérée au commencement d'octobre 1905, par le Docteur Lancial d'Arras, pour un prolapsus rectal. L'extirpation du segment intestinal prolabé a été pratiqué suivant le procédé de Segond. Les suites immédiates ont été bonnes, quelques points de la suture au fil d'argent ont cédé cependant et la cicatrice circulaire manifeste une certaine tendance à se rétracter. La défécation est assez pénible et la malade est obligée de la faciliter par des lavements.

Le premier décembre, le Docteur Lancial fait doucement la dilatation avec un doigt, puis deux: cette petite opération amène un léger suintement sanguin; le jour même et le lendemain apparaissent des douleurs abdominales qu'aggravent encore un lavage intestinal pratiqué avec une longue sonde.

Le 4 décembre, je suis appelé à voir la malade: elle a eu deux vomissements, éprouve des douleurs intenses dans tout le ventre. La paroi abdominale est rigide, semblable à la moindre pression. Le pouls est à 128; la température à 37°3, le facie est tiré. Dans l'impossibilité de localiser le départ de ces accidents de la région appendiculaire, nous prononçons, le Docteur Lancial et moi le mot de *typhilo-colite* avec réaction péritonéale. C'est l'impression du Docteur Baclde qui voit la malade le lendemain.

Nous soumettons la malade à la diète, à la morphine et à la glace; en quelques jours les symptômes s'amendent considérablement.

Le 8 décembre, la malade, préoccupée de l'évacuation de son intestin, veut se faire un lavage: mais pas une goutte de liquide ne peut pénétrer et cette tentative ramène dans la fosse iliaque et le flanc gauche des douleurs extrêmement vives qui très rapidement s'irradient à tout le ventre. La pression la plus légère est intolérable, la paroi est redevenue rigide, le pouls fréquent. Cette fois c'est du côté gauche que les douleurs spontanées ou provoquées ont la plus grande intensité. La température s'élève, le soir même, à 38°5. Au bout de 3 ou quatre jours après le même traitement que précédemment, le ventre s'assouplit, sauf dans la fosse iliaque et le flanc gauche, où la paroi reste d'une rigidité absolue. Le thermomètre marque 37°5, le pouls est à 110, je porte le diagnostic *de péricolite iliaque.*

Pendant près de 10 jours, état stationnaire; il persiste dans la fosse iliaque gauche un empâtement étendu qui empiète sur la région hypogastrique en bas, et va jusque l'hypocondre gauche en haut. La douleur y est vive. Le toucher rectal ne permet pas d'atteindre le plastron iliaque. La défécation provoquée s'accompagne de tranchées volentes à gauche, les selles sont souvent glaireuses. Les douleurs sont continuelles, l'état général mauvais. La malade ne prend que peu de lait.

Le 18 décembre, et pendant les trois jours qui suivent, la température passe 38°, le pouls marque 110, 120, l'état général s'aggrave, le muguet apparaît dans la bouche. Localement les mêmes signes persistent et bien que la présence d'une collection ne soit pas douteuse, pas de résistance ni de fluctuation. L'intervention s'impose.

Le 23 décembre, avec les Docteurs Baclde et Lancial, je pratique à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure, parallèlement à l'arcade de Follope, une incision de 10 cm. L'incision du péritoine donne issue à 400 gr. de pus très fétide. *Au fond de la poche purulente, chemine le colon iliaque appliqué et ratatiné dans la fosse iliaque interne:* il n'est pas très volumineux bien que ses parois paraissent épaissies. La cavité fermée latéralement gagne en bas le petit bassin, en haut

la région lombaire. Dans chaque prolongement un gros drain rigide est placé, la poche lavée à l'eau oxygénée, tamponnée à la gaze salolée: le pansement est fait sans sutures.

Le 24 décembre, la température est tombée à 36°8 et n'ira plus à 37°, mais le pouls reste rapide, l'état général déprimé. Le 25 et le 26, le pus apparaît en petite quantité dans les selles. La plaie est pansée à l'eau oxygénée intrus et extra, le pus perd sa fétidité. Le 15e jour les drains sont enlevés. La cicatrisation se poursuit rapidement, elle est totalement achevée le 2 février, l'état général est redevenu excellent. La dilatation anale par grosses bougies est reprise quotidiennement. Les fonctions intestinales s'exécutent d'une manière satisfaisante.

Le diagnostic de périsigmoïdite ne paraît pas douteux. La localisation des pheno: dès le début à gauche, l'absence de douleur, d'empâtement, de résistance à droite, plaidaient déjà en faveur d'une affection gauche sigmoïdienne, tout en ayant à l'esprit la possibilité d'une appendicite gauche, d'une inversion cœcale etc...

L'intervention vérifia le diagnostic porté en mettant en évidence les rapports d'un colon iliaque épaissi avec la collection purulente.

Observation XVI. inédite due à M. le professeur Le Fort. (1)

« Tribout-Yvonne » entre au Sanatorium de St-Pol, à l'âge de 3 ans, en août 1900. Elle y est traitée pour une scoliose dorsale compliquée de genre valgum double.

Les appareils successivement posés, arrivent à corriger les déformation et en février 1904, l'enfant est complètement changée, son état général est superbe. A noter qu'à certaines époques, l'enfant a fait de l'entérite.

(1) Dans cette observation de périsigmoïdite suppurée, la péritonite était en train de diffuser, on y a noté comme dans une autre observ.: (XVII) *le vomito négro sigmoïdien.*

Le 28 octobre 1904, dans la matinée, l'enfant a un vomissement; on la garde au lit, en lui prescrivant le régime lacté. Elle se plaint un peu du ventre. Dans la soirée, l'enfant présente une température élevée (39°4). Selle peu abondante dans la journée. Cataplasmes sur le ventre.

Le 29 octobre, la douleur abdominale persiste, le pouls est rapide, T.: 38°4. On administre deux lavages d'intestin qui donnent lieu à l'évacuation d'abord de quelques scyboles, puis d'une selle blanchâtre. Le soir, 39°4.

Le lendemain, 30, la malade a un ventre plus souple, mais toujours sensible. Dans la journée on obtient une selle semi-liquide avec coliques surtout prononcées au niveau de l'S iliaque. Dans l'après-midi, on constate que la douleur reste toujours disséminée à tout le ventre, mais qu'il existe une zone de submatité étendue à *tout le flanc et à la fosse iliaque droite.* Le ventre est assez souple, le pouls est à 120, le soir, T.: 39°1 (glace, opium).

Pendant quelques jours, le ventre reste tendu, ballonné, douloureux et submaté à droite; le pouls est toujours au-dessus de 110, T.: 37°9, 38°.

Le 3 novembre, la T.: 37°5, le pouls 130. L'état général est assez bon, l'enfant a mal dormi. La douleur a diminué à droite, il y a peu de résistance de la paroi. *La fosse iliaque gauche* est très sensible à la pression, le ventre réagit. L'après-midi les douleurs sont plus vives, l'enfant se roule dans son lit, élimine des gaz. Un lavage intestinal provoque une selle peu abondante glaireuse.

Le 5 novembre, état général toujours le même. Le matin quelques selles diarrhéïques, les douleurs abdominales persistent. Température 38°5 et 39°, le pouls à 140.

Le dimanche 6, la T. est à 38°, le pouls à 140. « *Opération par M. le Professeur Le Fort* ».

Opération de Jolaguier, sur le bord intense du grand droit gauche. Ouverture du péritoine. L'épiploon est relevé, on amène dans la plaie le colon descendant, l'S iliaque. A la partie de cette dernière, le doigt rencontre des adhérences.

En libérant ces dernières, le péritoine protégé, un flot de pus, mal lié, de mauvaise odeur, gagne l'extérieur. Le doigt pénètre dans une cavité qui gagne le petit bassin. Le doigt est remplacé par un gros drain, la plaie refermée par une suture à trois plans.

A 6 h. du soir, T.: 39°, le pouls est à 130.

Le 7 novembre, la T.: 38°, mais le pouls est à 140. Le facies est pâle; pas de nausées, ni de vomissements.

Le soir, le pouls devient plus rapide, 144, on le soutient par le sérum-caféïné.

Le 8 novembre, l'enfant a passé une très mauvaise nuit. Vers 1 h. 1/2 du matin, vomissement sanguinolent assez abondant. Celui-ci se répète deux fois encore vers 4 h. et vers midi, le sang est plus noir (Vomito négro). T.: 38°, pouls 15. Bientôt, ce pouls devient incomptable.

La fillette, qui se trouve depuis le matin dans le coma absolu, succombe vers le soir.

Observation inédite XVII

(*Due à l'obligeance de M. le Professeur Le Fort*)

« Le 19 juin 1906, j'étais appelé en consultation à Seclin, auprès d'une fillette de 15 ans, qui présentait des accidents inquiétants du côté du ventre.

Cette fillette, très développée et complètement pubère, a eu plusieurs maladies pendant son enfance (variole noire, fièvre typhoïde qui ne paraissaient pas avoir laissé de traces). Il y a trois ans, elle fit une crise d'appendicite aiguë, opérée à chaud par le Docteur Vestrate. La plaie avait suppuré une quinzaine de jours, puis tout était rentré dans l'ordre.

Le dimanche, 10 juin, elle joue avec entrain à la fête du pays, va peut-être jusqu'au surmenage.

Le samedi 16, elle est subitement prise de douleurs abdominales sans localisation précise, ses règles qui commençaient à arriver se suppriment.

A partir de ce moment les douleurs augmentent avec T. près de 39°, pouls à 120; vomissements répétés dans la journée, constipation non absolue toutefois.

Cet état persiste jusqu'au 19, jour de ma première visite. Le faciès n'est pas mauvais, la langue est humide, mais la température est élevée, plus de 39°, le pouls à 132, le ventre ballonné en totalité. La malade a pris dans la journée du calomel (!) qui a donné une selle liquide brunâtre; les vomissements sont verts, poracés, mais peu fréquents.

A la palpation, l'abdomen est distendu, assez souple à droite, très résistant à gauche, sous les fausses côtes. La paroi de ce côté est fortement contracturé et *toute la région qui s'étend de la ligne médiane jusqu'à la paroi latérale, depuis les fausses côtes jusqu'à 3 ou 4 travers de doigts de l'arcade crurale est submaté.* Le reste de l'abdomen est sonore. Point de Mac Burney, très libre, douleur vive et spontanément dans la région décrite. *Pas d'œdème de la paroi, par de fluctuation.*

Sauf le siège de la lésion, on croirait à une appendicite. La malade a de la glace sur le ventre, qu'on lui continue et je prends diète et opium, prêt à intervenir si l'indication se précise.

Le lendemain, même état, deux ou trois selles abondantes et liquides, peu de vomissements, même pouls et T.

Le 22, le pouls tombe à 92, la température à 38°5, les vomissements cessent.

Le 23, je vois la malade, soulagée par l'opium: les vomissements ont cessé, le pouls est à 100, la T. rectale 38°3, plusieurs selles liquides peu abondantes dans la journée.

Le ballonnement du ventre est beaucoup moins accusé, sa sensibilité est diminuée. A gauche, on trouve la même région empâtée, submate, celle constatée trois jours plus tôt, *mais plus basse. Le ventre est libre au-dessous des fausses côtes et la région sensible et contracturée descend jusqu'à l'arcade de Follope.*

Mêmes symptômes, pas d'œdème, ni de fluctuation, pas de sang dans les selles. Les règles ont réapparu depuis deux jours bien que légèrement.

L'état général est excellent, la langue est humide, les urines normales. Une éruption herpétique apparaît sur le front, le nez, les lèvres, elle aurait débuté, il y a trois jours, d'après la famille.

Devant l'amélioration des symptômes, je crois devoir temporiser et conseille de continuer la glace et l'opium.

Le 24, un vomissement se produit et ne se renouvelle pas, la température et le pouls oscillent de 38° et 90°. Mais le 26 au matin, un événement se produit: 300 gr. de pus fétide s'écoulent par le vagin et cet écoulement continue les jours suivants abondamment.

Une diarrhée déprimante provoque jusqu'à 10 selles très liquides.

Le 30, l'état général s'aggrave. La température rectale monte à 39°9, le pouls à 120: il y a un vomissement le matin. La palpation est douloureuse dans le flanc gauche: cette région est empâtée jusqu'au-delà de ses limites vers la fosse iliaque droite qui reste libre: il y a de la douleur en-dedans et en bas du point de Mac-Burney. L'opération a lieu immédiatement. L'incision porte sur le flanc gauche à mi-distance, entre le rebord costal et le bassin: on touche sur une collection qui descend vers le petit bassin obliquement en suivant la direction de l'S iliaque. La cavité est longue et étroite, l'on sort beaucoup de pus fétide et sanguinolent; un large drainage est établi.

Les suites de l'opération furent assez compliquées; notamment une albuminurie intense et prolongée aggrava la situation.

Le 17 octobre la malade était cependant en heureuse convalescence.

Cette observation est surtout remarquable par la lenteur d'évolution des phénomènes infectieux, leur localisation tardive dans le flanc gauche après avoir occupé toute la région s'étendant du pubis aux fausses côtes.

Nous tenons cependant à faire ressortir, que le 15

juin, à l'époque où les symptômes étaient si diffus, l'empâtement s'arrêtait à quelques travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale; à mesure que les signes de suppuration localisée sont devenus plus précis cette limite inférieure s'est abaissée jusqu'à l'arcade de Follope, en même temps que la région sous-costale s'est libérée de sa contracture.

Dans l'exemple de périsigmoïdite suppurée qu'il nous reste à citer la réaction péritonéale fut extrêmement vive et rendit dramatique l'évolution de l'affection. Avec des symptômes objectifs peu accentués, comme il arrive souvent dans les appendicites suppurées, la péritonite grave évoluait sans que l'on pût se rendre compte de son intensité; seule l'intervention rapide et un drainage rigoureux permirent un « véritable sauvetage ». Nous donnons avec ces détails cette observation que nous avons rédigée au jour le jour durant l'évolution de la maladie:

Observation XVIII (personnelle et inédite). (Malade de M. le Professeur Le Fort). Périsigmoïdite suppurée au début de sa diffusion. Vomito négro sigmoïdien.

M. Roger.... 17 ans, élève d'un institut industriel de la ville, entre à la clinique le dimanche 9 mai 1909, pour une affection abdominale encore mal définie. Robuste pour son âge, musclé comme le sont peu les étudiants, s'adonnant à tous les sports, le malade a jusqu'ici joui d'une santé parfaite. Son passé pathologique est absolument vierge, ses antécédents familiaux irréprochables. Un fait, insignifiant dans la vie ordinaire, prend dans la circonstance une grande importance. Je veux parler d'une certaine irrégularité dans le fonctionnement de l'intestin, se tra-

duisant par des alternatives de diarrhées, constipation, troubles dans les évacuations.

Ce fait devait être rappelé, ce sera notre seule ressource dans nos recherches pathogéniques.

Le début des accidents remonte au vendredi 7 mai, à 6 h. du soir. Une douleur très vive dans le flanc gauche a saisi subitement notre malade, douleur continue, s'irradiant vers l'hypocondre gauche, toujours localisée exclusivement à gauche. L'intensité des phénomènes douloureux est telle qu'elle force le malade à surveiller sa respiration, à régler l'amplitude des inspirations de façon à mobiliser sa paroi le moins possible. Il se met de lui-même au repos, sa température est de 37°5.

Le samedi, 8, le médecin de l'institut, voit le malade vers 10 h. 1/2. La douleur de la veille persiste, aussi violente, aussi localisée, des nausées ont apparu la nuit suivies de vomissements alimentaires, puis séreux. Le malade urine bien, mais pas de selles, ni de gaz.

A l'inspection, le ventre apparaît immobilisé par la contracture des muscles pariétaux, des grands droits, surtout comme le palper permet de le vérifier. Il existe un point situé à gauche, au milieu et un peu au-dessus de l'arcade de Folloppe où la pression détermine une douleur plus vive que partout ailleurs. La contracture rend difficile l'examen, mais on sent cependant dans *la fosse iliaque gauche,* un peu au-dessus du point douloureux trouvé, *un empatement* assez localisé, *un boudin inflammatoire* différent par sa résistance de celui que donne l'S iliaque encombré de scyballes.

La percussion donne peu de résultats. Le mot appendicite gauche est prononcé. Etant donné la température, 37°4 et le pouls 88, qui ne donne aucune indication précise, le médecin prescrit le traitement médical classique, j'allais dire le quatuor, repos, diète, glace, opium à l'intérieur.

Le dimanche 9, l'état de la veille persiste: deux crises douloureuses marquent la matinée, la première vers 10 h., l'autre vers midi. Les phénomènes locaux persistent également. Le thermo-

mètre continue à marquer 37°2, le pouls est à 88. Un chirurgien, M. le Professeur Lefort est appelé vers 3 h. de l'après-midi. L'immobilisation et la contracture de l'abdomen sont plus nets que la veille, le point douloureux et l'empatement sont reconnus évidents. Le palper de la fosse iliaque droite peut encore se pratiquer avec fruit, la paroi y ayant conservé un peu de souplesse: le chirurgien croit y percevoir l'appendice roulant sous les doigts, absolument indolore, mais il est impossible ici comme ailleurs d'être affirmatif, cet organe est trop mobile. On pense aussi à une affection d'origine sigmoïdienne, le toucher rectal est négatif. Bien que le thermomètre marque toujours 37°5 et le pouls 88, le chirurgien soupçonne quelque chose de sérieux et décide le malade à entrer le jour même à la clinique.

Nous le voyons le soir dans l'état que nous venons de dire, le ventre plus contracturé peut-être. Le traitement médical est continué, à l'intérieur on prescrit XX d'Elixir parégonique toutes les deux heures. Le thermomètre marque 38°2 le soir.

Lundi 10, la nuit a été assez agitée. Le malade nerveux, n'a pas dormi du tout, il a eu deux vomissements sérieux que la bile commence à teinter. Localement le ventre paraît plus souple, la douleur est toujours fixe, l'empatement aussi étendu. Le thermomètre reste à 37°5, le pouls immobilisé à 88 ne donne aucune indication thérapeutique. Le chirurgien décide de laisser passer la journée et d'attendre.

Le soir même, le malade est revu, le ventre paraît plus contracturé que le matin et la veille, c'est un « ventre en bateau hypique ». La température et le pouls n'ont pas changé, 37°5 et 88, mais le facies du malade devient moins bon: le teint se plombe, le nez s'effile, les yeux s'excavent, une sueur profuse couvre un visage que l'intoxication rend blafard. La langue est blanche, saburale, les urines sont rares et chargées.

Tout le colon, transverse et descendant, est douloureux, mais la sensibilité est toujours maxima à gauche.

Une intervention s'impose, demandée par le malade lui-même: elle est pratiquée le soir même à 9 heures.

La paroi incisée, on arrive difficilement à entrebaîller les deux lèvres de l'incision. Cependant on voit s'écouler un liquide louche, séro-purulent, qui baigne l'intestin grêle et l'anse sigmoïde, il n'y a pas de grumeaux. Les deux grands droits tendus comme deux bandes épaisses se laissent à peine soulever. Le chirurgien est amené à faire à contre-cœur, un débridement transversal de 5 à 6 centimètres dans l'épaisseur du grand droit gauche. Les anses intestinales congestionnées et gonflées par les gaz se précipitent par l'ouverture et l'aide a peine à les maintenir et à les repousser, vers le diaphragme. Le chirurgien va à la recherche de la partie mobile de l'S iliaque qu'il ramène; turgescente, météorisée, couverte par endroits d'une couenne blanchâtre fibrino-purulente. Il introduit l'index, suit le péritoine pour explorer la région. Le doigt arrive sur un abcès qui s'ouvre au contact et livre passage à un pus peu abondant mais fétide qui vient sourdre à l'extérieur.

L'appendice est trouvé sain, en position normale (1). De gros drains rigides sont placés dans les principales directions: 1 dans le petit bassin, 1 dehors de l'S iliaque, 1 dehors du cœcum, 1 le long du mésentère; et la paroi est rapidement refermée.

Le malade, très affaibli, reçoit, le soir même, une piqûre de spartéine, son pouls est à 90-104: on maintient le sac de glace sur le ventre.

Mardi 11. — La nuit n'a pas été bonne. Des vomissements bilieux, fortement teintés, sont survenus abondants et fréquents qui ont fatigué le malade. Le pouls oscille, dans la matinée, entre 72 et 80, pour gagner le soir 90 et 110. La péritonite se traduit par des douleurs assez vives, des vomissements incessants. Des lavages d'estomac avec 2 et 3 litres d'eau d'Evian soulagent beaucoup le malade et calment sa soif. Le pansement, entièrement souillé de liquides séro-sanguinolents est renouvelé deux fois

(1) Céci n'est pas inutile: certains chirurgiens (Broca, Jalagnier) prétendent que la plupart des abcès sigmoïdiens sont d'origine appendiculaire.

dans la soirée; les matières vomies deviennent plus troubles, se teintent en brun, *des flocons hématiques* apparaissent en suspension. Ils deviennent plus denses dans la nuit, leur composition et leur origine ne laissent aucun doute.

Glace sur le ventre. Le malade urine peu, ne va pas à la selle, mais émet des gaz.

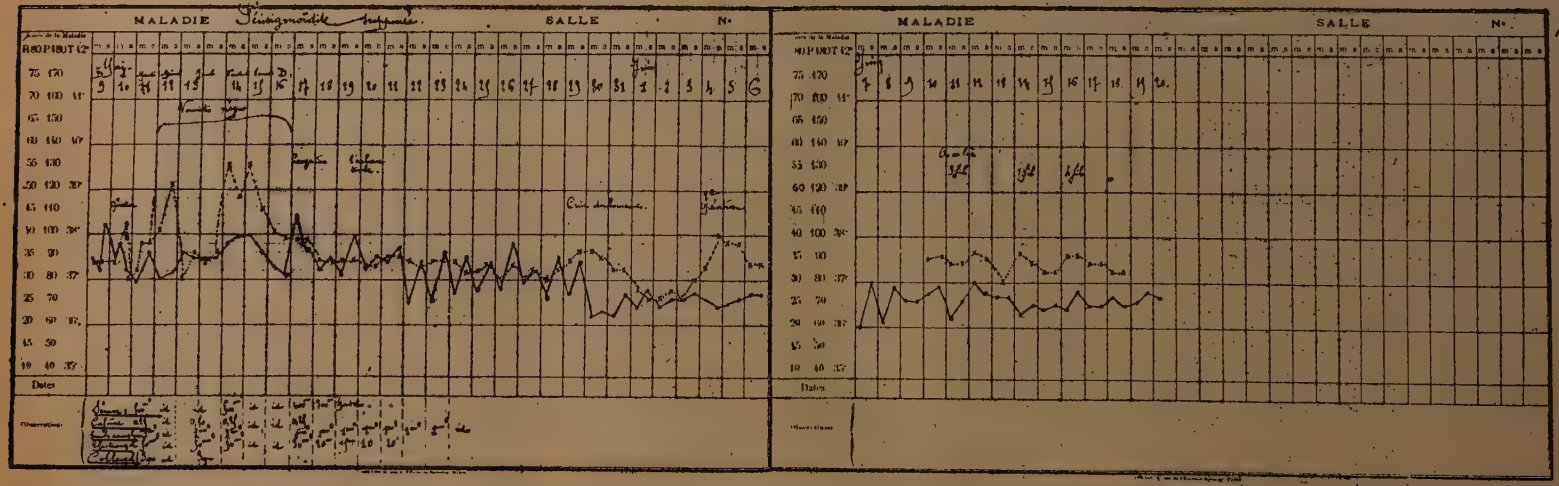
Mercredi 12. — Le vomito negro de la veille persiste, aussi intense. La température reste aux environs de 37° mais le pouls est devenu petit, rapide: 110 le matin, 120 le soir. Cette dissociation du pouls et de la température est inquiétante. On fait 500 cmc. de sérum, 50 cmc d'electrargol, 3 gr. de collargol en frictions, dans l'aine et l'aisselle.

Le pansement, toujours imprégné de liquide roussâtre, est renouvelé deux fois.

Jeudi 13. — Le pouls est un peu moins rapide mais les vomissements hématiques persistent.

500 cmc. de sérum caféïne (0.25), 50 cmc. d'électrargol.

Vendredi 14. — La situation s'aggrave de nouveau. Le pouls remonte à 130 le matin, il est à 120 le soir. T.: 37° et 38°. Les vomissements persistent, abondants, hématiques toujours. Les droits, en se contractant dans l'effort d'expulsion, tiraillent les sutures. Quelques unes cèdent, on fait sauter les autres, afin d'activer le drainage, qui, malgré les 3 gros tubes de 1 cm. de diamètre, paraît insuffisant. Le liquide qui imprègne le pansement est noir, fétide: les vomissements incessants souillent le malade malgré les précautions. Une odeur infecte l'imprègne tout entier, ce qui fait dire au malheureux: « je sens déjà le cadavre ». On continue le sérum, et l'électrargol, avec glace sur le ventre.


MALADIE
SALLE
N°
RESPIRAT°
Dates
MALADIE
SALLE
N°
RESPIRAT°
Dates

Samedi 15. — La dissociation de la veille persiste : le pouls est à 130 et 110, la T. à 38° et 37°8.

Le vomito négro continue, peut-être un peu moins fréquent. Le pansement, très souillé par le même liquide noirâtre, est renouvelé plusieurs fois. L'éventration est complète. La plaie est béante, elle forme un losange dont le grand diamètre vertical à 20 cm., le petit transversal 9 cm à 10 cm. ; l'intestin n'est plus contenu que par la séreuse abdominale et les anses météorisées font une saillie nette au dehors. Le grand droit gauche, mal nourri à cause de la section transversale, baignant dans des liquides toxiques, se gangrène au niveau de l'incision sur une hauteur de 8 à 9 cm., les deux moignons se rétractent, les fibres musculaires s'effilochent.

Le pansement est renouvelé deux fois. On continue le sérum caféïne, l'électrargol. La situation est désespérée. Le facies péritonéal est des plus nets : nez effilé, froideur marmoréenne de la face, teint plombé, yeux excavés. Sueurs profuses. La nuit, le malade délire et pousse des cris terribles.

Dimanche 16. — Le jeune homme paraît moins mal que la veille ; le pouls a baissé, 100 et 98 ; T. : 37° 8 et 37°. Le vomito négro tend à diminuer de fréquence mais empêche toujours le malade de s'alimenter, il n'absorbe que de l'eau d'Evian, en quantité insignifiante.

L'escharre musculaire du grand droit gauche s'élimine peu à peu ; le nervosisme des jours précédents se calme peu à peu, le patient repose quelques heures. Le soir, toujours sérum, 400 cmc., électrargol 50 cmc. Le pansement est toujours renouvelé deux fois.

Lundi 17. — La nuit a été un peu meilleure, grâce à la morphine. Mais le matin, le malade éprouve un point de côté violent à gauche. Il est dyspnéïque, sa température monte à 38° 8, son pouls reste à 88. L'examen fait découvrir aux deux bases, mais surtout à gauche, dans les 2/3 inférieurs du poumon, un foyer de congestion aiguë qui se traduit par une pluie de râles crépitants. On fait de la révulsion locale et on prescrit un peu de champagne comme toni-cardiaque. Le soir, le malade reçoit 400

cmc. de sérum, 30 cmc. d'électrargol, 1 cmc. d'huile camphrée. Les craintes diminuent du côté de l'abdomen, mais le poumon inquiète à son tour.

Mardi 18. — La nuit a été assez bonne avec 1 ctgr. de morphine. La T. a baissé: 37°, 37° 5; le pouls est à 88. L'état du poumon est stationnaire, mais la dyspnée est certainement moindre, le cœur supporte assez bien ce nouvel assaut, les pulsations sont bien frappées. Du côté de l'abdomen, les tissus gangrénés, muscles et aponévroses, continuent à s'éliminer, la plaie se détergc, les bourgeons apparaissent de tous côtés.

Mercredi 19. — La température et le pouls sont revenus à la normale. Le soir, une petite élévation accompagne la chute du reste de l'escharre musculaire, mais cela n'a pas d'autre conséquence. La plaie est bien nette. Les bourgeons néoformés augmentent en nombre et en dimensions. On commence à soutenir un peu le malade avec des toniques, kola, champagne. Tout est bien supporté, plus de nausées et de vomissements. Pour la première fois depuis l'opération on ne fait pas de sérum, on continue l'argent colloïdal et l'huile camphrée.

Jeudi 20. — A partir de ce jour et jusqu'au 28 mai, la température et le pouls oscillent aux environs de 37°. 37° 5, 80 et 88, pouls bien frappé, soutenu par l'huile camphrée.

Le malade s'alimente un peu: un œuf, un peu de légumes secs en purée à midi, des liquides: bouillons et lait le soir. La plaie est belle: elle offre un beau type de cicatrisation par bourgeonnement, par seconde intention.

Le 29 mai, le malade est pris subitement de douleurs extrêmement vives dans tout le ventre, elles l'énervent et cette surexcitation le remet dans un état alarmant.

Cette crise subite ne peut s'expliquer que par des adhérences, leur tiraillement— On craint quand même un nouvel abcès abdominal, une occlusion par brides, etc. On revient à la glace et à la morphine, bien que l'accoutumance débute déjà par cette dernière. On lui substitue la codéïne (sol.: 1/20) qui constipe moins.

Le 30 Mai. La nuit a été assez bonne. Les douleurs sont cal-

mées, le malade, à qui l'on avait tout supprimé, reprend de l'eau et du lait coupé.

La température et le pouls restent normaux durant plusieurs jours, le patient se remonte peu à peu.

Le 15 Juin. On profite de la situation satisfaisante pour refaire une paroi abdominale. Deux incisions parallèles libèrent le péritoine adhérent aux deux grands droits. Les bourgeons charnus qui couvrent la séreuse ne sont pas avivés à la curette, certains d'entre eux couvrent directement la paroi intestinale, et on commence la réfection de la sangle musculaire.

Sept fils d'argent sont passés assez loin des bords de l'incision, au-dessus d'un premier plan de catgut qui a réuni l'aponévrose profonde des grands droits. Au niveau de la fente musculaire du grand droit gauche, on est forcé d'aller chercher le grand oblique du même côté que l'on amène non sans peine au contact du grand droit du côté opposé.

L'opération se passe sans incident, le soir le pouls remonte un peu, puis redevient normal. La convalescence s'annonce cette fois sérieuse, à peine coupée, au début surtout, par des douleurs au niveau des sutures, douleurs inévitables après les tractions que l'on a dû faire pour amener les muscles et les deux lèvres au contact. Le patient se croit d'abord dans un corset trop étroit: mais peu à peu les tissus deviennent plus lâches, la mobilisation que leur fait subir l'acte respiratoire les assouplit et bientôt la nouvelle paroi est parfaitement adaptée à ses nouvelles fonctions de contention.

La température ne quitte la normale qu'aux jours où l'on enlève les fils métalliques, opération douloureuse, étant donnée la profondeur de leurs attaches.

Mais le patient supporte bien ces incidents, peu à peu il se lève, parcourt chambre et jardin—

Il quitte la clinique en excellent état de santé, le 2 juillet, après un séjour mouvementé de près de deux mois. A la rentrée d'octobre, il vient de reprendre ses cours à l'institut; sa santé est parfaite.

Cette observation nous l'avons donnée avec détail, parce qu'elle représente un type de la forme clinique « périsigmïodite suppurée » que nous avons voulu caractériser.

Elle est intéressante à différents points de vue:

A. *La symptomatologie* qu'a revêtu la périsigmoïdite est ici un peu spéciale: la température n'a jamais été très élevée, 38° la veille de l'opération, mais nous savons que les indications thermométriques n'ont pas toute la valeur qu'elles ont ailleurs quand il s'agit d'une affection où le péritoine est en jeu. Mais ce qui nous a surpris, c'est l'immobilité du pouls fixé invariablement à 88. Alors même que la température s'élevait. Ce sont surtout les signes physiques généraux (facies, état général) qui décidèrent le chirurgien à agir, à une heure où l'état local (contracture etc) paraissait être moins grave que la veille. Après l'opétion, comme dans l'observation du Pr. Michaux, le pouls fut longtemps petit et rapide.

Le vomito negro signalé par le Pr Dieulafoy dans certaines appendicites n'avait jusqu'ici été noté dans aucune périsigmoïdite. Les ulcérations gastriques, causes de l'hémorragie, sont sans aucun doute sous la dépendance de phénomènes toxiques et ont été amenées par ces mêmes agents qui, ailleurs, amenaient des gangrènes musculaires.

B. *L'évolution clinique* est également remarquable. On voit une affection d'apparence assez bénigne prendre des allures d'une gravité heureusement rare; nous pouvons difficilement expliquer la toxicité exceptionnelle d'un liquide en contact avec le péritoine capable à lui seul de gangréner une masse musculaire comme

un grand droit et par suite de rendre inutile bien des sutures.

Un état général exceptionnel, un cœur et un rein indemnes de toute tare, peuvent seuls expliquer qu'un organisme ait pu résister à une aussi rude attaque; une endocardite et une néphrite préexistantes eussent entraîné un pronostic fatal.

C). Au point de vue thérapeutique enfin, nous avons pu juger de l'efficacité du sérum et de l'argent colloïdal. Les injections d'électrongol furent faites à haute dose (5 cm), toujours intramusculaires ou sous-cutanées, profondes pendant quelque temps, sans que nous ayons eu le moindre accident: elles eurent sur la fièvre et dans les jours les plus mauvais une influence détensive que le malade attendait avec impatience malgré la douleur qui subsistait localement durant quelques jours. Cette efficacité des sels d'argent ne doit pas nous laisser passer sous silence l'action bienfaisante du sérum qui, certes, n'est pas nouvelle mais que nous avons pu expérimenter de nouveau. C'est grâce à lui que nous avons pu prendant plus de quinze jours soutenir un organisme intoxiqué à fond et qui ne recevait par les voies naturelles qu'un peu d'eau d'Evian; celle-ci était, du reste, rejetée invariablement la première semaine. La tension artérielle a été maintenue à un taux suffisant pour exciter le rein et favoriser l'élimination des produits septiques.

Des huit observations de périsigmoïdites suppurées, où l'intensité des phénomènes péritonéaux va crescendo, nous pouvons déduire un ensemble symptomatique qui suffira à caractériser cette forme clinique:

Symptomatologie de la périsigmoïdite suppurée

1). Le début revêt une forme brutale qu'il n'a jamais dans les sigmoïdites simples. Il n'est précédé d'aucun prodrome et surprend des individus qui, la veille comme dans notre exemple, se livraient à des exercices violents (foot-ball). En général, le fonctionnement de l'intestin chez tous ces malades est défectueux, la constipation est la règle.

2). *Les signes subjectifs, et la douleur* principalement, accompagnent ce début insidieux; c'est une douleur constante, pongitive, intense, avec paroxysmes, occupant la fosse iliaque gauche, précisément à l'endroit où une ligne réunissant les deux épines iliaques antérieures et supérieures, coupe le bord externe du droit. Dans notre cas, le point sensible se trouvait à trois doigts au-dessus de l'arcade de Follope.

La douleur augmente au moindre mouvement, s'exaspère à la moindre pression; elle s'irradie volontiers vers l'hypocondre gauche tandis que du côté opposé des élancements se produisent le long des nerfs crureaux.

Couché en « chien de fusil » le malade est souvent en position latérale gauche, tandis que dans l'appendicite il est souvent en position inverse. Le psoas peut réagir de son côté; souvent les cuisses se trouvent en semi-flexion-adduction dans le but de relâcher les muscles abdominaux.

L'état de souffrance du malade s'accompagne souvent de nausées, vomissements, d'un dégoût de tout aliment, amenant un état de faiblesse et d'asthénie qui fait de cet organisme un terrain tout préparé pour l'évolution d'une infection.

3. *Les symptômes objectifs* qui, en général, se remarquent les premiers sont d'origine fonctionnelle. Ce sont des vomissements d'abord alimentaires, qui apparaissent le premier jour; puis la bile commence à les teinter plus ou moins fortement jusqu'à ce qu'ils deviennent poracés. L'intoxication est quelquefois telle que des ulcérations se produisent sur les muqueuses digestives, stomacales surtout, et les matières vomies contiennent alors en suspension dans un liquide jaunâtre des grumeaux noirâtres constitués par du sang plus ou moins altéré. C'est le vomito-negro-sigmoïdien dont nous avons été témoin.

La langue est sèche, saburrale, fuligineuse. *Les urines* sont souvent courtes et chargées comme chez les fébriscitants; *la constipation* est rebelle aux traitements ordinaires; dans certains cas on a des signes d'obstruction.

Le rythme respiratoire est accéléré en vitesse, diminué en amplitude, *la voix* est éteinte ou voilée.

La température est rarement très élevée; elle n'a pas atteint 39 degrés dans les cas que nous avons vus, elle oscille souvent autour de 38°. C'est un signe très variable; du reste, on peut voir évoluer des péritonites graves à 37°5; quelquefois le malade est même en hypothermie, indice d'une intoxication profonde d'un organisme qui ne peut plus réagir.

Le pouls bat à 90, 100, 110 quelquefois, et donne une mesure exacte de l'état du cœur. Petit, rapide, le pronostic est grave quand on ne parvient pas à le remonter, ou si cette accélération dure plusieurs jours sans accalmie. On voit souvent, dans ce cas, la respiration

devenir superficielle, saccadée, les ailes du nez battent, le malade a l'air inquiet. Le clinicien voit toujours cela d'un mauvais œil, bien qu'à certains autres points de vue (parole, intelligence) le malade paraisse aller très bien, son pessimisme se vérifie souvent.

Le visage du patient est baigné d'une sueur profuse, très gênante; dans quelques cas graves la cyanose, le refroidissement des extrémités, la difficulté qu'on éprouve à les réchauffer sont aussi de mauvais augure (Faure), puisque c'est là un témoignage nouveau de l'insuffisance du myocarde.

4). *Signes physiques:* Localement, on trouve un ventre immobilisé par la contracture, celle des grands droits surtout, dont on ne peut parfois vaincre la rigidité que par l'incision (observ. XVIII), toute désastreuse que soit celle-ci pour la paroi future. L'abdomen peut être, au contraire, ballonné par productions de gaz intestinaux qui viennent distendre les anses et en gênant l'opérateur occuper un champ opératoire restreint.

Au palper, on perçoit, quand le ventre « n'est pas de bois » soit un empâtement de la fosse iliaque et du flanc gauche, soit une tumeur véritable indurée et bosselée, quelquefois résistante (cas de Loison vu plus haut). Souvent c'est un plastron qui se forme dans la fosse iliaque et on a les signes d'une péritonite enkystée périsigmoïdienne rappelant le phlegmon périappendiculaire.

Cette tumeur peut atteindre 10 cm de longueur sur 5 de largeur; elle traverse obliquement la fosse iliaque gauche jusqu'à l'excavation. A la percussion, la

sonorité est naturellement diminuée à ce point et la submatité est toujours plus forte en allant vers l'épine iliaque.

La masse est constituée d'abord par les parois de l'S iliaque qui se sont indurées et surtout par les épaississements, les adhérences des feuillets péritonéaux qui, réagissant contre la suppuration, ont cherché à localiser, à cloisonner celle-ci.

L'intestin est quelquefois, mais rarement, indemne; souvent ses parois sont densifiées et épaissies. La collection évacuée, cette condensation peut subsister et longtemps après, à la convalescence, on retrouve souvent un boudin irrégulier cylindrique, reliquat de l'infection qui ne disparaît que peu à peu.

La symptomatologie que nous venons de décrire est celle de la forme grave où l'infection, bien que localisée, atteint profondément l'organisme et simule la péritonite diffuse. Dans la plupart des cas, ces signes sont mitigés suivant l'intensité de l'infection. C'est de la virulence de cette dernière, de l'étendue de la zone affectée, que dépend la réaction péritonéale qui fait la caractéristique de la périsigmoïdite. Quelqu'un a dit justement: « dans l'appendicite, c'est le colon que l'on interroge, mais c'est le péritoine qui répond »; il en est de même dans la sigmoïdite.

L'évolution clinique de la sigmoïdite dépend avant tout, nous venons de le voir, de la réaction péritonéale; nous verrons par la suite que le pronostic et le traitement de cette affection sont aussi essentiellement liés à l'état de la séreuse abdominale.

II° Groupe clinique

Sigmoïdite avec périsigmoïdite terminée par péritonite généralisée

Les inflammations qui surviennent autour de l'anse sigmoïde ne sont, en définitive, que celles que l'on rencontre ailleurs sous le nom de périappendicite, péricolite, périty phlite. Ce morcellement n'a qu'un intérêt nosologique, le processus est partout le même. Ces infections se terminent souvent par résolution; nous dirons que c'est presque la règle quand il s'agit d'une infection primitive type stercorale. Dans quelques cas cependant, par un accroissement du nombre ou de la virulence des germes, soit au contraire par une résistance moins parfaite de la part de l'individu, la suppuration s'observe comme terminaison. Elle se localise fréquemment; le péritoine lui constitue alors par ses adhérences viscérales et viscéro-pariétales, une barrière précieuse.

Mais il arrive que la virulence des germes annihile cette réaction péritonéale de défense par isolement; celle-ci n'a pas le temps de se produire ou ne peut s'effectuer, et nous assistons alors, après une attaque brutale, au développement de la grande péritonite généralisée: des anses intestinales congestionnées et distendues, une séreuse dépolie et infectée, quelques grammes de liquide roussâtre, tels sont les signes anatomo-pathologiques de cette diffusion de l'infection.

L'abcès d'origine intestinale peut quelquefois avoir été d'abord localisé et exclu de la grande cavité par

des adhérences, mais secondairement il rompt le barrage naturel qui lui a été opposé et fuse dans le ventre; cette fois, la péritonite généralisée a été tardive ou secondaire.

Quoiqu'il en soit, que la généralisation se fasse d'emblée ou tardivement les symptômes varient peu, ce sont ceux de la forme précédente portés à leur maximum de gravité. En cas d'attaque suraiguë, les phénomènes d'intoxication générale prennent le pas sur les symptômes locaux, la septicémie l'emporte sur la péritonite.

Dans les cas aigus, on trouve un ventre ballonné, un pouls petit, rapide, arythmique, *une température* normale ou en hypothermie. *La langue* est sèche, ligneuse, saburrale. *Le nez effilé*, les pommettes saillantes, *le visage* d'une froideur marmoréenne; les extrémités sont cyanosées et ne peuvent être réchauffées. *Le facies* du sujet exprime l'angoisse et la torpeur, mais la douleur ne domine pas, quelquefois elle est nulle. Le patient ne se doute pas de l'attaque terrible et sournoise que supporte son organisme, et c'est souvent dans un calme trompeur que la mort surprend ces malheureux. La douleur, les vomissements, la température sont, en ces circonstances, des signes secondaires et trompeurs; il faut consulter, avant tout, *le pouls, le facies, la respiration, l'excitation nerveuse.* (Faure).

Voici un exemple de péritonite généralisée consécutive à une inflammation de l'S iliaque ayant amené une ulcération.

Observ. du Dr Jaboulay: Thèse de Regnès, Lyon 1897.

« Il s'agit d'un Hongrois, sujet depuis longtemps à une constipation opiniâtre et se plaignant de vives douleurs dans le flanc gauche. Il avait, en même temps, des signes de péritonite. Le malade était amaigri, presque cachectique, la bouche sèche, la langue sabunale. Au bout de quelques jours d'observation, pendans lesquels on avait donné des lavements et mis de la glace sur le ventre, l'état général ne s'améliorant pas, on décide une intervention.

Le docteur Jaboulay pratique un anus contre nature à la jonction du côlon et de l'S iliaque: cette opération montra, en outre, qu'un point du gros intestin était ulcéré et cause de la réaction péritonéale. Celle-ci ne peut être jugulée et peu après le malade succombait. L'autopsie montra que l'on avait affaire, non pas à un néoplasme, comme on l'avait pensé mais à une inflammation de l'S iliaque qui secondairement s'était généralisée ». (1)

IVe Groupe clinique

Sigmoïdite chronique pseudocancéreuse

Dans les trois parties que nous venons de voir, notre étude a surtout eu pour objet les formes cliniques de la sigmoïdite et de la périsigmoïdite *aiguës*. Leur terminaison est souvent simple et résolutive; dans quelques cas, on aboutit à des phénomènes plus graves, à la suppuration. Mais quel que soit le mode d'évolution et la terminaison, on peut observer longtemps après la convalescence, dans cette portion du colon, la persistance d'un état subinflammatoire qui décon-

(1) La Presse médicale du 29 décembre 1909 publie un cas de sigmoïdite suraiguë perforante avec autopsie. La péritonite généralisée d'origine sigmoïdienne est encore une fois démontrée, contrairement à ce que disait Saillant en 1906 (Thèse).

certe et amène l'esprit à soupçonner un néoplasme, surtout quand l'âge du sujet y prédispose.

La difficulté réside surtout dans ce fait que les lésions inflammatoires précédentes ont pu passer inaperçues ou sont considérées comme n'ayant pas de rapport avec le fait actuel. L'interprétation de ce dernier peut alors donner lieu à de graves erreurs de diagnostic.

La communication du professeur Michaux ayant ramené l'attention sur les sigmoïdites et périsigmoïdites aiguës, la question dévia bien vite et le professeur Hartmann, le premier, fit part à ses collègues des difficultés qu'il avait eu, dans quelques cas, à distinguer ces sigmoïdites chroniques des tumeurs néoplasiques de la même région. Il faut éviter, disait-il alors, de porter trop vite le diagnostic de néoplasme du gros intestin; surtout lorsqu'on relève dans les antécédents quelques phénomènes aigus passagers.

Mayor, dès 1893, avait fait les mêmes remarques, et dans l'exposition d'une observation à ses collègues de Genève, il mettait en lumière toutes les difficultés que peut rencontrer le praticien devant un cas de ce genre. Tuffier, Segond, Lejars, à la Société de Chirurgie, apportèrent des faits absolument concordants; leur exposé nous servira de transition et nous en tirerons par la suite les enseignements utiles (1).

(1) Nous laisserons complètement de côté les sigmoïdites chroniques qui ont pour point de départ un processus *tuberculeux dysentérique, actynomycosique, syphilitique,* et nous nous cantonnerons dans l'étude de la sigmoïdite chronique d'origine purement inflammatoire (Delage de Montpellier. La Clinique du 3 mai 1907).

Obs. XIX, Mayor (*Société médicale de la Suisse Romande*), 1893

Mme R..., 32 ans, sans antécédents de famille importants, n'a jamais eu d'enfant. Habituellement bien portante, mais plutôt maigre, ses digestions sont pénibles; elle est toujours constipée. Depuis 1 mois, cette constipation est devenue plus rebelle encore et en même temps les douleurs qu'elle éprouvait dans la fosse iliaque gauche depuis une période indéterminée, sont devenues presque continues. L'appétit a disparu, l'amaigrissement s'est accentué, elle a fini par se mettre au lit soit parce que ses douleurs augmentaient après quelques heures de station debout soit à cause de sa faiblesse. Jamais de selles sanglantes, de vomissements, pas de signe d'affection cardiaque ou pulmonaire.

La malade est amaigri, son ventre n'est nullement ballonné, partout il est souple, le foie dépasse un peu les fausses côtes, la rate est normale. Au palper abdominal on sent couché dans la fosse iliaque gauche, dans la région qu'occupe l'S iliaque, *un corps cylindrique du volume d'un boudin* dont l'extrémité supérieure semble se perdre un peu au-dessus de la crête iliaque en se continuant avec le côlon descendant, tandis que son extrémité inférieure plonge dans le bassin. Ce cylindre offre une limite supérieure assez nette, il est douloureux à la pression et mobile dans la fosse iliaque.

Le toucher rectal, non plus que le toucher vaginal, n'indique rien d'anormal. Pas de fièvre.

La malade ayant employé les cataplasmes et en ayant eu quelque soulagement, je lui conseille de les continuer, de garder le repos au lit en se nourrissant exclusivement de lait, de bouillon, de purées. Chaque jour elle prendra un grand lavement d'eau de mauves.

Je n'avais pas grande confiance dans ce traitement que j'instituai à titre purement palliatif, car je pensai qu'il y avait grande probabilité pour que *la tumeur cylindrique que je constatai dans la fosse iliaque fut de nature épithéliale.*

Deux jours après, il y avait une amélioration évidente dans les phénomènes douloureux, les lavements amenaient régulièrement

l'expulsion de quelques matières dures et ovillées; les signes physiques ne se modifiaient pas encore.

Rapidement, cependant, sous l'influence du repos, les douleurs cessèrent, le boudin intestinal s'amollit puis diminua grdauellement de volume.

L'appétit revint. Après un mois, la malade se levait, sa nourriture était plus variée en ce sens que j'y avais ajouté les œufs et la viande pulpée. L'intestin était devenu plus souple, mais il existait encore un certain épaississement des parois.

Après deux mois, Mme R. avait repris ses occupations ordinaires, s'occupant de son ménage, portant une ceinture de flanelle qui immobilisait l'intestin. Elle continuait les lavements, les parois intestinales étaient encore un peu indurées.

A quelques années de là je revis Mme R., parfaitement bien portante, quoique toujours maigre, elle avait repris l'alimentation commune, en se surveillant. L'S iliaque n'avait peut-être pas repris sa souplesse normale, mais elle n'était pas plus dure cependant que ce n'est le cas chez beaucoup d'entéroptôses au début de leurs accidents ».

Nous avons donné cette observation entière à cause de l'intérêt qu'elle comporte. Il ne s'agit pas, en effet, d'un cas isolé, examiné superficiellement et perdu de vue par la suite; c'est, au contraire, une malade suivie plusieurs années, chez laquelle on a pu voir l'évolution des lésions et assister à leur disparition relative par un traitement palliatif qui démontre leur nature.

Alors que l'état général et l'examen local plaidaient en faveur d'un néoplasme en train de se développer; il fallait un sens clinique développé pour penser à une origine inflammatoire.

Ce cas n'est pas isolé, le professeur Hartmann en rapporta deux exemples à la Société de Chirurgie.

Observation XX. Professeur Hartmann. Société Chirurgie, 7 mars 1905

La première fois que j'ai eu l'occasion d'observer un de ces faits, il s'agissait d'un malade chez lequel un de nos collègues avait porté le diagnostic de « *Cancer iliaque* ». Appelé secondairement et apprenant par l'interrogatoire que six semaines auparavant il y avait eu quelques phénomènes aigus passagers, j'ai soulevé l'hypothèse de l'*inflammation péricolique*. Quelque temps après je dûs ouvrir un abcès cloisonné, le malade guérit et est resté guéri.

Toute idée de néoplasme sous-jacent doit être écarté.

Observation XXI (loco citato)

Dans le second cas, j'ai été appelé avec mon confrère et ami Arron, auprès d'un homme de 60 ans environ, *porteur d'une tumeur iliaque* gauche, ressemblant tout à fait à *un cancer*. Huit semaines auparavant, il y avait eu pendant quelques jours des phénomènes douloureux à marche aiguë, ayant duré 36 heures. Rejetant alors l'idée d'un néoplasme nécessitant une intervention immédiate, nous mîmes simplement le malade au repos, au régime lacté et nous lui fîmes prendre de petits laxatifs. La tuméfaction se résorba progressivement et depuis trois ans le malade est et reste complètement guéri ».

Le professeur Tuffier, dans une séance suivante, vint apporter à l'étude de ces inflammations chroniques l'appui de son expérience clinique :

Observation XXII. Professeur Tuffier. Société Chirurgie, 21 mars 1906

« J'ai opéré en 1897, à la Pitié, une malade qui m'était envoyée du service de M. Hayem, avec les phénomènes suivants: Douleur de la fosse iliaque gauche depuis environ deux ans, survenant deux heures après le repas sans ballonnement du ventre, sans symptômes de péritonite chronique, alternatives de diarrhée et de constipation.

La palpation révélait un léger empatement au niveau de la fosse iliaque gauche, l'intestin était un peu épaissi. La chronicité des lésions et des douleurs, *l'impuissance du traitement médical nécessitent une intervention.* La laparotomie latérale gauche montra sur l'anse sigmoïde des franges épiploïques légèrement indurées, l'intestin plus ferme que normalement, mais sans induration localisée. Je refermai l'abdomen.

Les accidents persistèrent pendant quelque temps, puis cette femme guérit complètement. Il est probable qu'il s'est agi là d'une ulcération simple de l'intestin avec périsigmoïdite chronique ».

Voici un second fait du même genre:

Observation XXIII. Professeur Tuffier Société Chirurgie, 21 *mars* 1906

« Un homme de 45 ans entre dans mon service le 11 mars 1905, envoyé par son médecin pour une tumeur de la fosse iliaque gauche. Les accidents dont il se plaint sont uniquement des alternatives de diarrhée et de constipation. Son amaigrissement est continu, il n'a jamais eu ni hémorragie, ni mélœma. Lorsque je l'examine, il est absolument cachectique, pâle, déchaîné et dans la fosse iliaque gauche on *sent une masse indurée, ligneuse, faisant corps avec elle* et *empiétant sur tout le cylindre intes-*

tinal. En certains points, la tumeur est maronnée. Le diagnostic de cancer de la fosse iliaque s'imposait et comme le malade très cachectique voyait ses accidents d'obstruction céder à l'huile de ricin, je refusai toute intervention.

Le 15 janvier 1906, ce malade revenait à l'hôpital et je ne le reconnaissais pas, tant son état général était modifié. Ce qui était le plus curieux, c'est que sa fosse iliaque était absolument normale : je fis examiner cette région par mes élèves qui avaient vu le malade autrefois et grand fut leur étonnement quand je dis que le traitement avait été l'abstention pure et simple. Cet homme me raconta qu'après son séjour à l'hôpital, il avait eu les mêmes accidents pendant quelques semaines, puisque tout s'était amendé. ».

Les deux exemples du professeur Tuffier peuvent être pris comme types des inflammations chroniques pseudocancéreuses; elles montrent la somme de difficultés que présente la distinction du cancer d'avec les tumeurs intestinales d'origine inflammatoire. Dans le premier cas (observ. XX), les signes physiques, la chronicité des lésions, l'impuissance du traitement médical impose l'intervention et celle-ci ne fait découvrir qu'une épiploïte.

Les signes du cancer sont aussi nets que possible dans l'observ. XXI; le malade est tellement cachectique qu'on ne peut l'opérer. Or, un an après le pseudocancer devenu la tumeur fantôme a disparu... Ceci se passe de longs commentaires.

Il me reste à citer, pour compléter cette série, un exemple d'erreur commise dans des circonstances où elle aurait pu être évitée plus facilement, semble-t-il au prime abord, puisque le ventre fut ouvert et la région sous les yeux de l'opérateur. Ceci nous montre

toutes les difficultés de la distinction, même au palper direct, entre les tissus inflammatoires et les productions néoplasiques.

Observation XXIV. Professeur Segond. Société Chirurgie.

« Le malade en question était soigné depuis quelques mois par notre collègue Giraudeau, pour des troubles d'entéro-colite, lorsqu'il fut pris subitement d'accidents aigus avec tuméfaction inflammatoire de la fosse iliaque gauche. Convaincu qu'il existait une collection purulente périsigmoïdienne, je pratiquai l'incision voulue. Quelques gouttes de pus vinrent, il est vrai, sourdre sous mon bistouri, mais j'eus tout à fait *la sensation d'inciser une tumeur intestinale, tumeur de consistance fibreuse, presque ligneuse.* Ce diagnostic macroscopique était par bonheur absolument faux. Deux mois après l'opération, la fistule stercorale consécutive à l'incision s'était fermée spontanément, le pseudo-cancer avait fondu et à cette heure, notre ancien condamné d'il y a huit ans possède un ventre parfaitement souple, une santé merveilleuse.

Un autre détail mérite d'être signalé:

Pendant les quinze jours qui ont suivi l'incision de la périsigmoïdite les symptômes d'entéro-colite avaient présenté une recrudescence et *simultanément nous avons pu voir en haut du colon descendant, puis plus bas au cæcum,* naître, puis spontanément disparaître des tuméfactions profondes qui n'avaient pas laissé de nous inquiéter. Un consultant prononça même le mot d'actynomycose et prescrivit une pommade iodurée. La disparition rapide et spontanée de tout empatement périintestinal est heureusement venu prouver qu'il s'agissait d'un simple processus inflammatoire. »

De ce faisceau de six observations de périsigmoïdites chroniques pseudo-cancéreuses, nous pouvons ti-

rer une symptomatologie qui permet de caractériser l'affection. Nous la donnons en raccourci pour éviter les redites :

1). Le début n'a pas la soudaineté que l'on trouve dans nos observations de sigmoïdites aiguës ; il est, au contraire, lointain ; les malades ne peuvent, la plupart du temps, le préciser. On trouve dans leur passé des troubles intestinaux variés, aigus, souvent fébriles, qui sont uniquement fonctionnels, n'amenant d'abord pas de douleurs accentuées.

Celles-ci apparaissent au bout d'un certain temps, variables d'intensité, saisissant le patient de préférence après les repas, survenant par crises plus ou moins distancées.

2). A ce symptôme subjectif s'ajoutent des nausées, un certain dégoût des aliments qui, joint aux alternatives de diarrhée et de constipation, amène le malade à un état de cachexie tout à fait spécial avec un teint terreux qui favorise encore l'erreur de diagnostic habituelle en ce cas.

3). Objectivement, le ventre n'est pas ballonné et ne présente aucun symptôme de péritonite. La percussion permet de délimiter sur les ventres souples et peu graisseux une zone de submatité qui va grandissant en approchant de la crête iliaque. La palpation enfin permet de percevoir soit un empâtement de la fosse iliaque gauche avec un intestin épaissi, soit (observ. XXIII) une véritable masse indurée ligneuse, qui paraît adhérente à la fosse iliaque et englobe l'intestin dans sa masse. Les fonctions de cet organe supportent

les conséquences de ce voisinage et les signes d'obstruction partielle sont fréquents.

C'est, en résumé, la constatation de cet état local, résultats de quelques phénomènes inflammatoires passagers mais très nets, les douleurs continuelles accompagnées de troubles fonctionnels variés, sans température notable ni accélération du pouls qui est la caractéristique de cette affection. L'évolution essentiellement chronique, l'absence de phénomènes franchement aigus avec un état général forcément mauvais, telles sont les trois raisons qui expliquent la facilité avec laquelle cette affection est prise pour le cancer de la région qu'elle reproduit parfois si complètement.

Ce diagnostic est difficile, nous chercherons plus loin les moyens de le faire.

CHAPITRE IV

Etiologie, Pathogenie

Dans le chapitre précédent nous avons passé en revue les différentes allures cliniques qui pouvaient prendre l'affection qui nous occupe, et montré les différences symptomatiques qui conféraient une individualité à ces quelques formes.

Poussant plus loin nos recherches, nous est-il possible de découvrir soit dans les antécédents du malade, soit dans les fonctions de l'S iliaque, les raisons pour lesquelles une inflammation peut se localiser en ce point?

L'étiologie des accidents que nous étudions est et demeure obscure comme celle de bien d'autres affections de l'abdomen qui sont similaires.

a). *Les causes prédisposantes* que l'on relève à raison dans certaines circonstances ont ici une importance tout à fait secondaire sinon nulle. L'âge et le sexe, la profession, ne paraissent avoir aucune influence sur le développement de la sigmoïdite puisque l'on rencontre celle-ci à toutes les périodes de la vie, aussi fréquemment chez les hommes que chez les femmes, dans toutes les classes de la société.

En revanche, les troubles des fonctions digestives sont notés dans tous les cas. C'est tantôt une constipation tenace qui précède l'infection de l'S iliaque,.

Quelquefois ce sont des alternatives de diarrhée et de constipation; dans certaines circontances enfin ce sont des contractions spasmodiques et irrégulières de l'intestin que l'on trouve dans les antécédents fonctionnels. Comment agissent ces troubles digestifs, quelle est la pathogénie des accidents qu'ils occasionnent? L'S iliaque, comme le cœcum et le rectum, est un point où les matières intestinales subissent un temps d'arrêt dans la progression qui les entraîne; elle sert de réservoir aux matières fécales, c'est une fonction reconnue à cet intestin que l'on a parfois appelé « le régulateur de la défécation » (Mayor). La réalité de cette fonction est facilement mise en évidence par l'observation des personnes qui possèdent la régularité de la selle matinale. Le besoin de la défécation n'existe souvent pas au réveil et n'apparaît que quelques instants après sous l'influence de la station et de quelques mouvements péristaltiques qui ont chassé dans le rectum les matières fécales retenues plus haut. Dans quelques cas, une première selle est suivie d'une seconde à plusieurs heures de distance: ici l'S iliaque avait envoyé une partie seulement de son contenu au rectum; celui-ci vidé, l'anse sigmoïde s'est définitivement exonérée dans la portion terminale et a provoqué une deuxième fois le besoin de la défécation.

Normalement donc, l'S iliaque joue un rôle important dans l'élimination des matières intestinales dont elle est le réservoir temporaire. La constipation ne peut que prolonger ce temps d'arrêt iliaque et y maintenir d'une façon presque permanente des matières

durcies qui donnent à la palpation ce boudin volumineux et bosselé qu'on voit si souvent signalé.

Que cette masse stercorale irrite la muqueuse soit par sa présence, soit par son action mécanique, enflamme les éléments délicats qui la composent et la rende ainsi plus vulnérable aux agents infectieux, il n'y a là, semble-t-il, rien qui ne paraisse pas vraisemblable.

Par le fait, tous les malades que nous avons vus étaient tous constipés ou sujets à des troubles intestinaux. Dans la pratique, peut-être, cette constatation ne serait-elle pas générale?

Pour répondre à cette objection, nous rappellerons combien sont nombreux les constipés inconscients chez lesquels il y a en réalité une stase dans le gros intestin bien que chaque jour ils aient une selle. Chez eux on observe un retard constant dans l'élimination des masses stercorales, un état insoupçonné qui prédispose à une infection soit mécaniquement, soit par simple action de présence d'éléments nocifs et altérés. Mais, nous dira-t-on, les personnes qui souffrent de leur S iliaque sont peu nombreuses eu égard à la totalité de celles qui souffrent de la constipation! Celle-ci est quelquefois suivie d'une diarrhée intense et dysentésiforme, de colite muco-membraneuse, mais rarement de sigmoïdite. C'est pourquoi nous sommes amenés, pour les cas que nous avons observés, à conclure à une érosion accidentelle de la muqueuse, une fissure d'origine mécanique ou inflammatoire par où s'est faite l'inoculation.

De ce point altéré, le processus a gagné la profon-

deur et est arrivé à produire dans ces tissus une réaction qui s'est traduite par une augmentation du nombre des éléments cellulaire et de leurs dimensions.

Ainsi s'expliquerait cette entérite parenchymateuse, pourrait-on dire, de l'anse sigmoïde que nous avons vue quelquefois considérable (poing, mandarine) et la facilité avec laquelle la palpation permet de s'en rendre compte.

Suivant l'intensité de l'infection, on peut voir les phénomènes se localiser à l'intestin et donner lieu à ce que nous avons appelé la sigmoïdite aiguë simple; ou bien la séreuse péricolique peut-être aussi intéressée et nous assistons alors aux différentes phases de la réaction péritonéale si variable d'allure.

Si nous avons pensé à cette possibilité d'une fissure de la muqueuse, c'est pour expliquer la rareté de la sigmoïdite parmi les nombreuses personnes atteintes de constipation et prévoir ainsi une objection naturelle. Mais, allant plus loin, nous dirons que cette solution de continuité n'est même pas nécessaire! Il est aujourd'hui bien connu qu'une muqueuse enflammée devient par le fait perméable aux agents microbiens qui peuvent aller ainsi jouer un rôle nocif loin de leur point de départ.

L'exemple le plus courant que l'on connaisse est celui de la hernie étranglée où le sac contient presque toujours des colibacilles même dans le cas où les tuniques sont restées indemnes. Clado, dit Duplay (1), non seulement a pu suivre la migration de la bacté-

(1) In Traité de chirurgie.

rie de l'infection herniaire à travers les parois de l'intestin, mais il l'a retrouvée avec ses caractères dans la rate, le foie, le rein, le poumon surtout. Les examens pratiqués dans le même sens par Fischer et Lévy ont donné des résultats positifs et leur ont fait reconnaître dans les foyers inflammatoires du poumon la présence d'un bactérium coli. Quand les lésions intestinales se prononcent, ce ne sont plus seulement les microorganismes ordinaires, mais les bactéries de la suppuration qui traversent la paroi intestinale et, pénétrant dans la cavité péritonéale, peuvent y déterminer une péritonite suppurative avant la perforation. Cette faculté que possèdent les agents microbiens de transuder à travers une muqueuse enflammée, à la faveur de la stace veineuse et des ecchymoses intrapariétales, comme l'a démontré Bonneken, change la pathogénie de bien des affections et en particulier de celle qui nous occupe.

L'érosion de la muqueuse intestinale n'est plus considérée comme nécessaire pour rendre compte du retentissement péritonéal d'une infection, « l'exosmose microbienne » peut à elle seule tout expliquer.

Le pronostic des affections péritonéales change également : alors qu'il suffisait autrefois de rencontrer dans un pus abdominal du colibacille pour conclure aussitôt à une perforation, cette conclusion serait aujourd'hui erronnée, et nous savons pourquoi, à une époque encore récente, des chirurgiens cherchaient sans succès la perforation qui pour eux était cause de tout.

L'agent microbien à incriminer n'a pas été recher-

ché dans les observations que nous avons citées, mais il n'est pas téméraire de croire qu'il s'agit du bactérium coli associé ou non aux microbles de la suppuration, comme il arrive dans les typhlites, appendicites, péritonite herniaire.

C'est donc dans la constipation et ses conséquences qu'il faut chercher l'origine des accidents que nous avons décrits; elle en est la cause et ils ne disparaissent peu à peu que dans la mesure où l'on est parvenu à atténuer ce trouble physiologique. Dans des circonstances physiologiques analogues à celles qui appartiennent au cœcum, l'S iliaque peut donc réaliser une série de lésions inflammatoires semblables à celles qui constituent la typhlite et la périty phlite.

Que la paroi intestinale soit seule atteinte, ou que la séreuse participe aux accidents avec le tissu cellulaire voisin par continuité, contiguité, infection lymphatique, on retrouve toujours *la coprostase qui prédispose à l'affection, et une infection qui la réalise.*

Ce sont là les deux mots saillants de ce que nous venons d'établir. Toutes les circonstances susceptibles de favoriser ces deux conditions moyennes seront aussi capables de provoquer la maladie et d'en aggraver les manifestations: je veux parler des fautes d'hygiène, vie sédentaire, alimentation riche et copieuse, etc.

Les accidents dont les fosses iliaques droite et gauche sont le siège, ont souvent avec une même origine une évolution clinique parallèle, nous l'avons vu. Leur pronostic et leur traitement ne différeront guère plus; seule une barrière norologique les sépare et permet de les classer.

CHAPITRE V

Diagnostic

Nous avons, dans les pages qui précèdent, exposé les différentes formes cliniques que pouvaient prendre les sigmoïdites, et décrit la symptomatologie qu'elles revêtaient dans ces différentes manifestations.

Ces symptômes, nous les avons cités le plus nombreux, les plus complets qu'il nous a été possible de le faire, sachant combien il est difficile, au sujet de cette maladie, d'avoir une opinion ferme qui soit scientifiquement basée. Une affection ne comporte autant de signes, dirait-on avec raison, que parce qu'il n'en est aucun qui ait une valeur pathognomonique et que seule a un peu de valeur la réunion de quelques-uns d'entre eux se complétant l'un par l'autre.

L'hypogastre et le petit bassin sont, du reste, un tel carrefour anatomique, ils sont le siège d'organes si divers, d'une physiologie si délicate, qu'il n'est pas étonnant que la pathologie de ces régions se ressente d'une telle complication.

Tout diagnostic doit être: a) positif, b) différentiel.

a). Le diagnostic positif, la recherche des différents symptômes que nous avons signalés, sera faite facilement grâce à nos moyens ordinaires d'exploration, complétant les données d'un interrogatoire minutieux.

Le passé pathologique du malade sera soigneuse-

ment exploré sur une période assez étendue; chaque appareil sera passé en revue, cherchant surtout à éclairer la physiologie de l'appareil digestif dont le fonctionnement fâcheux se trouve au début de la plupart de nos observations. Grâce à ces renseignements, à l'aide des signes positifs que nous avons longuement décrits ailleurs, nous pourrons, dans beaucoup de cas, rapporter les accidents à une des formes cliniques de sigmoïdite que nous avons vues et différenciées (1).

b). Mais les difficultés commenceront à naître lorsqu'il faudra justifier cette opinion, énumérer les raisons qui ont amené à cette conception, en un mot, faire le diagnostic différentiel. Même pour un esprit prévenu, il peut présenter de sérieuses difficultés et, à plus forte raison, lorsque la rareté de cette affection n'incite pas l'esprit à s'y arrêter.

Nous avons décrit, en somme, trois formes cliniques de sigmoïdite, en faisant rentrer la forme suppurée localisée qui n'en diffère que par une symptomatologie moins sévère, un pronostic plus encourageant.

(1) Nous avons aujourd'hui, à notre disposition, des moyens nouveaux de diagnostic positif: on ne peut que regretter de les voir si peu employés en France où on les a accueillis avec indifférence, tandis que l'étranger les utilise:

a) *la Rectoscopie,* l'Endoscopie recto-colique (Hartmann, Luys) permet souvent de vérifier l'état de la muqueuse du rectum et de l'anse sigmoïde;

b) *L'Insufflation* de l'intestin permet de juger de la souplesse de ses parois et de juger de sa mobilité;

c) *La Radiographie* enfin permet de localiser les tumeurs soupçonnées, de mettre en évidence la situation du colon pelvien, son état, etc. (Voir la Thèse Okinczyc. — Paris, 1907).

Ce sont ces trois variétés d'accidents que nous allons tour à tour mettre en parallèle avec les affections qui peuvent les simuler et induire en erreur un observateur.

1). *Sigmoïdite simple résolutive.*

A. Une différence essentielle doit être faite entre la stace simple des matières fécales, *la colite stercorale,* si l'on veut, par analogie avec la typhlite de même cause, avec la sigmoïdite.

Au point *de vue subjectif,* il est nécessaire de faire remarquer que les douleurs sont beaucoup plus intenses dans cette dernière affection que dans la stace stercorale simple; les évacuations la calment quelquefois un peu, mais ne la font jamais disparaître complètement.

Il existe, en outre, *objectivement,* des lésions locales intestinales et péritonéales que l'on ne trouve jamais dans la constipation et la stace; le boudin cylindrique, bosselé, ne disparaît pas après les évacuations, il persiste quelquefois longtemps des traces de cette entérite parenchymateuse comme l'appelait Mayor, et dans quelques circonstances simule un néoplasme. Les signes *fonctionnels généraux,* le pouls, la température, n'ont pas les mêmes caractéristiques dans les deux affections. La température s'élève, le pouls s'accélère au moment de la crise, les vomissements et les nausées complètent ce tableau spécial qui simule « l'embarras gastrique fébrile », des dothienenteries frustres, lorsque ces phénomènes se prolongent. En tous cas, les accidents n'ont jamais la même gravité dans la stace fécale simple.

B. *L'appendicite simple,* dans son type clinique ordinaire, dit Mathieu (1), avec la brusquerie de son début, le point de côté iliaque gauche, la tuméfaction localisée de la région cœcale est aussi facile à reconnaître que la pneumonie avec son frisson violent et son point de côté thoracique. Dans les cas ordinaires, la sigmoïdite avec ses localisations gauches, ses irradiations à l'hypocondre et à la cuisse du même côté, la perception du boudin inflammatoire que constitue l'S iliaque, tout concorde à rendre facile l'identification de cette affection d'avec celle qui occupe en maîtresse la fosse iliaque du côté opposé.

Mais, il faut bien le dire, les cas typiques sont les plus rares, quelques-uns disent qu'ils n'existent pas. Certaines appendicites simples, se terminant par résolution, peuvent se présenter de telle manière qu'il est difficile de les différencier de la sigmoïdite. L'appendicite à gauche est aujourd'hui bien connu et des exemples assez nombreux en ont été donnés (2), dont un acte opératoire a vérifié l'exactitude.

Les accidents dont l'appendice est le siège peuvent se présenter de plusieurs façons: se localiser tous à droite, c'est l'appendicite ordinaire, nous la passerons sous silence; dans un cas atypique on peut avoir des signes à la fois à droite et à gauche, ou enfin n'en avoir qu'à gauche.

Dans la première hypothèse, l'appendice est bien situé du côté droit, mais il se dirige du côté opposé et

(1) In Charcot-Bouchard.

(2) Tennet et Vauverts in Gazette des hôpitaux, 1897.

la péritonite qu'engendrent les lésions infectieuses dont il est le siège retentit à la fois à droite et à gauche. Quand les premiers accidents ont eu pour localisation le flanc droit, lorsque le chirurgien a pu établir le point très précis de la douleur, une réaction de défense de la paroi, dans les cas heureux, une tuméfaction localisée du cœcum, en cette occurrence l'affection pourra secondairement avoir un retentissement gauche; cette action à distance sera toujours rattachée à sa véritable origine.

Mais si les accidents débutent du côté gauche, ou si ce côté est uniquement intéressé par les phénomènes réactionnels, douleur et défense, *c'est la deuxième hypothèse que nous avons envisagée,* alors le diagnostic peut devenir difficile sinon impossible.

Cette prédominance à gauche peut s'expliquer par une ectopie de l'appendice, une inversion viscérale, une position gauche du cœcum et de l'appendice, le colon ascendant gagnant ensuite l'hypocondre droit, enfin par une migration incomplète, qui arrête l'appendice dans la région ombilicale derrière le grand droit gauche.

Dans quelques circonstances favorables un clinicien sagace pourra découvrir dans le passé une crise antérieure qui, celle-là, donnait les symptômes habituels et être mis immédiatement sur la voie de la vérité.

Mais, la plupart du temps, la perception par le palper d'une tuméfaction, d'un cylindre boudiné, d'une masse se rapprochant d'une mandarine ou du poing, allant obliquement de la crête iliaque à l'excavation

pelvienne, sera la seule constatation qui permettra d'éviter toute erreur.

Dans ce cas les douleurs pourront avoir une localisation quelconque; elles seront toujours rapportées à leur origine sigmoïdienne.

Cette fois encore un signe objectif bien étudié et mis en évidence permettra d'éviter une erreur qu'un symptôme subjectif disposait à commettre. L'évolution de l'affection confirme par la suite le diagnostic. Après la débâcle fécale, le boudin inflammatoire s'affaisse, se réduit peu à peu, l'intestin distendu s'est vidé, la tuméfaction se résoud progressivement.

B. L'appendicite et, en particulier, l'appendicite à gauche n'est pas la seule affection qui puisse être confondue avec la sigmoïdite.

L'entéro-colite-muco-membraneuse donne lieu à des crises douloureuses de même localisation quelquefois, coïncidant également avec des poussées fébriles; c'est la même constipation rebelle que l'on retrouve dans les antécédents physiologiques. Mais ce qui caractérise l'entérite chronique à laquelle nous faisons allusion, c'est, avant tout, le terrain nerveux spécial sur lequel elle évolue; il s'agit la plupart du temps, d'individus (fréquemment des femmes) présentant des tares nerveuses, quelquefois des signes d'hystérie, de neurasthénie, sujets à des accidents de dyspepsie nervomotrice.

Les douleurs qu'ils éprouvent ont pour siège l'ombilic plutôt que les fosses iliaques, elles surviennent trois ou quatre heures après le repas, avec des sensations pénibles telles que brûlures, coliques, etc...

L'alimentation se restreint à cause des sensations douloureuses qu'elle occasionne, et les malades maigrissent progressivement. Ces douleurs ont de plus un caractère de continuité partielle, de chronicité, que l'on ne rencontre pas dans la sigmoïdite que nous avons décrite, elles ne cèdent pas la nuit, et leur répétition devient alors une cause de fatigue, de préoccupation qui ne fait qu'aggraver l'état névropathique du sujet.

Elles sont suivies parfois, mais pas toujours, d'évacuations qui présentent des caractères spéciaux bien connus, matières durcies, entières ou fragmentées, enrobées dans une couche de mucus; au moment des débacles, on trouve des glaires, des concrétions, quelquefois du sang, des pseudo-membranes qui ont fait dénommer l'affection.

Dans ces concrétions en lamelles on trouve surtout du mucus, des éléments épithéliaux, des noyaux cellulaires, la grande masse ne serait qu'une substance albumineuse coagulée avec une autre substance muqueuse comme ciment.

Avons-nous rencontré quelque chose de semblable dans les selles des malades dont nous avons donné l'observation?

Le diagnostic de sigmoïdite n'aurait-il pas été fait par l'absence des symptômes précédents que la constatation dans la fosse iliaque gauche de la colite inflammatoire et parenchymateuse, rencontrée partout, suffirait pour identifier cette affection.

C. *La dilatation d'estomac* a certains rapports avec l'entero-colite, mais c'est particulièrement une des for-

mes cliniques de la première ce que « Trastout de Nantes » a appelé *la dilatation gastro-colique* (1), que l'on peut avoir à différencier de la sigmoïdite. Mais nous retrouvons ici le même terrain nerveux fréquent dans l'entéro-colite, rare dans la sigmoïdite, avec des troubles stomachiques qui sont au début et primitifs dans l'évolution, mais que l'on ne trouve que tardivement comme complication de la sigmoïdite. Un seul point peut amener une erreur. L'ectasie stomacale coïncide avec la distension de l'S iliaque par accumulation de matières fécales; mais jamais, on n'a trouvé l'inflammation pariétale quelquefois ligneuse que nous avons signalé au niveau de l'anse sigmoïde.

D. *Le Saturnisme*, dans sa manifestation la plus fréquente peut donner lieu à des crises de « coliques de plomb » pouvant se localiser principalement dans le flanc gauche. Il nous suffira de faire remarquer que, dans cette intoxication digestive, les douleurs sont beaucoup plus vives qu'ailleurs, surviennent brusquement, précédées de troubles stomachiques, accompagnées d'une constipation opiniâtre. Le ventre est bien rétracté mais les douleurs diminuent par la compression profonde, et le malade se met de lui-même dans le décubitus ventral; très souvent au contraire, dans les sigmoïdites, la sensibilité s'exaspère au moindre contact. L'origine professionnelle ou accidentelle

(1) Professeur Mayor. — In Bulletin médical de la Suisse Romande, 1893).

Trastom (1887) *Semaine médicale*.

Dilatation dite idiopathique du gros intestin.

des accidents du saturnisme est rarement difficile à mettre en évidence, le diagnostic se confirme souvent par l'aspect blafard du sujet qui tient à un spasme vasculaire périphérique dû à l'intoxication plombique, par le liseret dentaire de Burton, etc...

E. De l'appareil digestif si nous passons à l'appareil rénal, ne pouvons-nous pas trouver dans sa pathologie des sources d'erreurs? *La lithiase rénale* et en particulier *le calcul urétéral gauche* dans certaines circonstances, se traduisent par un syndrome clinique que l'on a pu confondre avec la sigmoïdite (Observ: VIII Monod. Sté Chirurgie). Si l'obstacle paraît occuper l'urétère gauche, la douleur se localise sur le même trajet que dans la sigmoïdite, les rapports du conduit excréteur du rein avec cette portion du colon étant assez étroits, nous l'avons vu plus haut; pour peu qu'une réaction fébrile se produise, qu'une albuminurie transitoire l'accompagne, on est fatalement amené à hésiter entre deux affections.

Mais nous nous hâterons d'ajouter qu'il est rarement signalé par les auteurs qu'un calcul ait pu amener une tuméfaction qui atteigne le poing, comme nous l'avons vu dans nos observations.

L'inflammation périmétérale causée par les corps étrangers peut bien produire un empatement profond à délimitation vague, ferme au toucher, submate à la percussion, mais n'est pas capable d'aboutir aux tumeurs véritables que nous avons quelquefois signalées dans la fosse iliaque. gauche

Quoiqu'il en soit, comme le fit le Pr Monod, dans l'observation VIII que nous avons relatée,

c'est l'évolution de l'affection, la disparition progressive de l'empatement sans qu'aucun fait nouveau ait attiré l'attention du côté du rein, qui jugera définitivement ce cas difficile.

F. Dans le diagnostic différentiel que nous venons d'essayer de faire, nous avons passé en revue les principales affections ayant même localisation que la sigmoïdite; il nous reste à signaler une erreur qui peut facilement être évitée; *c'est de l'adénite iliaque que nous voulons parler.*

Les malades qui souffrent de leur S iliaque ont souvent une attitude spéciale dans le decubitus latéral gauche. La cuisse gauche est en flexion, la sensibilité de la région assez grande avec une tuméfaction inégale et d'apparence ganglionnaire que nous avons vue.

Dans la sigmoïdite simple que nous avons décrite, la matité à la percussion au niveau de la tumeur manque presque complètement alors qu'on la trouve dans l'adénite iliaque; l'examen le plus attentif ne permet pas de découvrir, dans les membres inférieurs ou dans les régions pelviennes, la porte d'entrée d'une infection, le point de départ d'une adénite possible, qui, en tous cas, serait plus rapprochée du pli de l'aine.

Lorsqu'enfin des doutes persistent, la marche de la maladie est si différente de ce qu'elle aurait été en cas d'affection scrofuleuse ou tuberculeuse, qu'il faut en revenir au seul organe qui puisse rendre compte des accidents, c'est-à-dire l'S iliaque.

La thérapeutique ne tarde pas à corroborer cette opinion.

2) Diagnostic de la sigmoïdite suppurée avec périsigmoïdite

Dans une revue rapide, nous venons de montrer qu'il est généralement possible de différencier la sigmoïdite simple et résolutive des différentes affections qui peuvent la simuler; l'appendicite, dans sa forme ordinaire congestive, comporte à elle seule des difficultés, surtout lorsqu'elle revêt une allure symptomatique atypique. Dans la deuxième forme de sigmoïdite que nous envisageons ici, dans le cas de périsigmoïdite suppurée, c'est encore avec l'appendicite suppurée que nous rencontrons le plus de difficultés pour éclairer le diagnostic différentiel.

Si cette appendicite se présente avec son début brusque et fébrile, avec la triade symptomatique (Dieulafoy) bien localisée à droite, il n'est pas d'hésitation possible. Si la réaction péritonéale est telle qu'elle retentit en même temps dans la fosse iliaque du côté opposé, on évitera une erreur en recherchant bien le point de départ des accidents, leur maximum dès le début, la réaction de défense etc., Une poussée d'infection pourra se faire ailleurs, le foyer d'infection primitif sera toujours découvert.

Mais dans le cas heureusement rare où tous les accidents sont localisés à gauche, dès le début, soit par ectopie, soit par évolution incomplète etc., comme nous l'avons vu plus haut, les difficultés apparaissent insurmontables, les différences symptomatiques n'existent plus par suite de ce changement dans la position anatomique.

L'abcès appendiculaire peut être rencontré partout,

sous le foie, au niveau de la face convexe de cet organe; quand il siège dans la fosse iliaque gauche pour une des causes que nous avons déjà citées ou par une de ces fusées à distance auxquelles on doit toujours penser, nous croyons qu'il est difficile, dans ce cas, de porter un diagnostic qui soit justifié.

Seule, la laparatomie, indiquée dans les deux circonstances permet scientifiquement de rattacher les phénomènes inflammatoires à l'organe qui en a été le point de départ: appendice ou anse sigmoïde.

Dans des circonstances exceptionnelles il peut être possible de sentir dans la fosse iliaque droite, l'appendice en position normale et de l'éliminer dans la pathogénie d'accidents tous localisés du côté opposé. Mais la plupart du temps la contracture pariétale, le ballonnement du ventre, rendent absolument illusoire les tentatives de recherche de l'appendice par le palper.

2). La péritonite sigmoïdienne peut encore être confondue avec *toute une série d'accidents abdominaux* dont les allures cliniques se rapprochent de celles de la sigmoïdite.

Obstruction et périsigmoïdite. — Dans quelques observations citées la remarque suivante est faite: « l'ar-« rêt des gaz et des matières est presque complet, on « craint une occlusion intestinale. » En effet, cet arrêt fonctionnel plus ou moins complet, le ballonnement, les douleurs quelquefois très vives, l'état général et le facies du sujet amènent l'esprit à cette hypo-

thèse. Celle-ci doit être discutée point à point; quelques petits signes permettent de le faire et de baser scientifiquement son diagnostic. Dans l'occlusion, l'arrêt des gâz et des matières est plus absolu que dans la péritonite, les vomissements sont bilieux, puis rapidement fécaloïdes plutôt que poracés dans la périsigmoïdite..

3). L'inflammation de la séreuse entraîne la paralysie de la musculature sous-jacente, ce qui amène une distension plus grande des anses intestinales, une saillie moins forte de celle-ci sous la paroi, une immobilité relative alors que dans l'occlusion les mouvements péristaltiques sont exagérés et les anses distendues font sous la paroi une saillie exagérée.

4). La douleur se généralise vite à tout l'abdomen dans la péritonite, tout en restant maxima au niveau de la lésion originelle; les phénomènes douloureux sont plus localisés dans l'occlusion.

5). Dans le cas d'iléus enfin, il y aurait une indicanurie assez accentuée, décelable par la réaction de Jaffé (1).

6). MM. Ricard et Mathieu ont récemment décrit dans la thèse d'un de leurs élèves, un nouveau signe de l'occlusion incomplète: *le clapotage et la matité déclive en position latérale* (signe Ricard-Mathieu).

Ce sont là des signes délicats, mais leur recherche

(1) Cette réaction est très sensible et consiste en ceci:

A 5 c. d'urine, on ajoute 5 c. d'Hcl, on agite et au mélange on additionne un peu de chloroforme qui en dissolvant l'indican, prend une coloration bleue.

est très utile dans ces cas embarrassants. L'acuité atroce de la douleur, les vomissements promptement fécaloïdes, le collapsus avec hypotension artérielle plus encore que l'accélération du pouls, l'amurie, devront faire pencher le diagnostic en faveur de l'étranglement interne.

Certaines considérations d'âge peuvent inciter l'esprit à admettre cet accident....

La mention d'une opération ou d'une poussée péritonéale récente chez un adulte peut expliquer *un étranglement par brides*; s'il s'agit d'un vieillard, on peut avoir affaire à *un volvulus* dont le lieu d'élection est l'S iliaque; mais alors la distension de la région est rapidement telle que l'on élimine la péritonite. Dans quelques cas heureux on a pu voir l'anse distendue venir saillir sous la paroi et s'y fixer (signe de Von Wahl), (1), le toucher percevait dans le Douglas une tuméfaction résistante. Chez un enfant *l'invagination* peut rendre compte de tous les accidents; les selles séro-sanguinolentes que l'on ne rencontre jamais dans la sigmoïdite, le boudin iliaque perçu à la palpation se retrouve souvent au toucher rectal, ce qui est tout à fait spécial à cette affection.

S'il s'agit de périsigmoïdite, nous l'avons noté plusieurs fois et nous l'avons observé nous-mêmes dans le cas que nous avons suivi, le toucher rectal est presque toujours négatif.

La perforation intestinale au cours de l'évolution d'une typhoïde, de la dysenterie, d'un ulcère d'esto-

(1) Ce signe disparaît rapidement dans le météorisme général.

mac, peut donner lieu à un tableau clinique qui simule la périsigmoïdite, surtout si l'on trouve une localisation douloureuse dans le flanc gauche.

En cette circonstance, c'est la recherche seule des phénomènes pathologiques qui ont précédé l'état actuel, les selles fréquentes et sanglantes d'un côté, les gastrorrhagies de l'autre, avec le cortège symptomatique habituel de ces deux affections, ce sont les signes précis de la fièvre typhoïde qui peuvent mettre un peu de lumière dans la pathogénie de ces accidents.

Diagnostic de quelques affections de l'appareil génital de la femme avec la périsigmoïdite. — Chez la femme, quelques affections aiguës spéciales à son sexe, peuvent mettre le chirurgien en grand embarras; ce sont surtout *le Pyo-salpinx, le phlegmon du ligament large, le phlegmon du paramétrium.*

Si ces affections possèdent des symptômes communs avec la péritonite méso-colique, certains signes spéciaux permettent cependant de les différencier. Deux genres d'infection dominent la pathologie génitale chez la femme: 1. l'infection blennorrhagique, 2. l'infection puerpérale-strepto-staphylococcique. La première paraît évoluer lentement de préférence sur les muqueuses du col, du corps tubaire, etc. La seconde a une action plus rapide, elle envahit les parenchymes et les séreuses qui les protègent. Le gonocoque aboutissant à la salpingite, l'infection puerpérale se termine souvent par la pelvi-péritonite ou le phlegmon du ligament large. Cette conception claire et simpliste, que Terrillon a contribué à établir, est vraie en théorie, mais les infections

secondaires viennent souvent en pratique compliquer ces affections. La plupart du temps ces deux modes d'attaque s'associent: le gonocoque, comme on l'a dit, crée la voie, « fait le lit » au streptocoque ou à son associé.

Ce point établi, on conçoit de quelle importance seront, pour le diagnostic que nous voulons établir avec la périsigmoïdite, la recherche dans le passé génital de la femme de tous les indices d'infection gonococcique ou puerpérale.

Le pyo-salpinx gauche, et c'est le seul qui nous intéresse ici, n'a pas souvent l'allure brutale de la périsigmoïdite; son évolution est lente depuis la salpingite simple jusqu'à sa forme suppurée.

Les douleurs peuvent être très vives au début, mais elles cèdent ordinairement en dix ou quinze jours, tandis que les phénomènes inflammatoires continuent à évoluer sournoisement. Les crises deviennent peu à peu plus aiguës, plus fréquentes, jusqu'à la période de suppuration, la formation du pyo-salpinx. A cette époque d'évolution, les douleurs ne diffèrent guère de celles que nous avons trouvées dans la périsigmoïdite: le repos horizontal l'apaise, le mouvement, la pression l'excite; le flux menstruel l'exaspère alors qu'il a peu d'influence sur la péritonite méso-colique.

Les douleurs continuelles, plus ou moins vives, le retentissement digestif, les troubles de la menstruation, amènent la malade à un état de débilité physique et morale que l'on ne trouve pas à ce point dans la périsigmoïdite. Ces symptômes subjectifs ou fonctionnels permettent déjà de prévoir une affection à point

de départ génital; les signes physiques en donnent la certitude.

Nous trouvons, en effet, un ventre généralement peu ballonné à la vue; au palper, un plastron abdominal constitué par la masse des annexes, de l'épiploon, des néo-membranes. Cette masse est plus médiane que celle qui a été décrite dans la sigmoïdite, elle est parautérine plutôt que dans la fosse iliaque.

Le toucher vaginal combiné au palper permet de se rendre compte que l'utérus immobilisé est fixé par les adhérences qui englobent les annexes; souvent il est dévité latéralement ou projeté en avant. Les culs de sac, surtout le gauche dans le cas qui nous occupe, est chaud, douloureux; il a perdu sa souplesse en s'indurant et souvent on arrive à percevoir derrière la paroi qui le forme, la tumeur cause de tout le mal; les doigts combinés en apprécient le volume, les rapports, la consistance, etc. Ce sont là des signes suffisants d'affection annexielle; dans la périsigmoïdite, nous l'avons vu, tous ces symptômes manquent: le toucher vaginal ne donne aucun renseignement pas plus que le toucher rectal, le diagnostic avec l'affection précédente n'en est que plus facile. La situation change quand on se trouve en présence d'affections aiguës, telle que le *phlegmon du ligament large gauche, le phlegmon du paramétrium*... Leur évolution est généralement plus rapide que le pyo-salpinx; en certaines circonstances la suppuration arrive lentement localisée par les adhérences jusqu'au jour où celles-ci, insuffisantes dans leur rôle de contention, laissent diffuser le pus dans le voisinage. Alors les douleurs deviennent plus vives, la température s'élève, le pouls

s'accélère, le membre inférieur se fléchit, la malade se met en décubitus latéral, tout enfin reproduit le tableau que nous avons tracé pour la péritonite du méso-colon pelvien. L'attention doit alors se porter sur le passé pathologique de la malade, d'y rechercher la cause possible de ces accidents, une gonococcie, une infection puerpérale, un avortement.

Là est le point principal. Au point de vue physique, *le phlegmon du paramétrium* se traduit bien par une dépression et une induration diffuse du cul de sac formant croissant autour de la matière qu'il immobilise, gagnant la vessie en avant, le sacrum en arrière. Le phlegmon du ligament large donne, lui, peu de signes au toucher, à part la fixation de la matrice; seule une tuméfaction débordant le détroit supérieur se perçoit un peu au-dessus de l'arcade de Follope. Lorsque l'origine génitale ne paraît pas nettement fixée par l'interrogatoire, les rapports de contiguité étroits qui caractérisent le méso-colon-pelvien et le ligament large, rendent difficile la distinction des affections qui y sont localisées.

Il est vrai d'ajouter qu'un concours de circonstances spéciales serait nécessaire pour qu'un chirurgien ne puisse avoir aucun renseignement sur le passé génital de sa malade; dans la majorité des cas, le diagnostic différentiel de ces deux affections sera possible à moins naturellement qu'elles ne coïncident comme dans l'observation XIV du professeur Michaux.

3) Diagnostic des sigmoïdites et périsigmoïdites chroniques

A côté des formes aiguës simple ou suppurée que nous avons étudiées à tour de rôle, dans les rapports

qu'elles pouvaient avoir avec les affections similaires, les inflammations sigmoïdiennes et celles de la séreuse voisine peuvent prendre des allures très différentes et par leur chronicité, leurs signes locaux, simuler un néoplasme.

Nous avons donné précédemment des exemples intéressants de ces tumeurs sigmoïdiennes pseudocancéreuses dont un traitement médical a eu facilement raison alors que la situation paraissait irrémédiablement perdue. Dans une observation du professeur Tuffier (observ. XXI), tous les signes tendent à faire admettre un néoplasme; le traitement médical étant insuffisant, on se décide à agir chirurgicalement et on ne trouve qu'une induration péritonéale et épiploïque. Dans un exemple du même genre (XXII) les accidents éprouvés par le malade cédant aux laxatifs répétés, on évite d'intervenir devant la diffusion des lésions et l'impossibilité d'arriver à une exérèse complète; un an après, le malade est revu jouissant d'un état général superbe, sa tumeur iliaque a disparu.

Sigmoïdite chronique et cancer. — Devant des faits aussi étonnants on comprend facilement l'intérêt qui s'attache à la distinction de ces pseudo-cancers avec les néoplasmes vrais; la recherche des quelques signes qui soient capables d'éclaircir ces cas obscurs où des maîtres éminents ont pu se tromper, nous paraît d'une impérieuse nécessité. Une tumeur de la fosse iliaque gauche, des douleurs localisées en ce point, des troubles fonctionnels d'évacuation quelquefois des signes d'obstruction plus ou moins complets, tels sont les trois symptômes fondamentaux qui rapprochent,

avant tout, la sigmoïdite chronique et le cancer de la région.

Ne pouvons-nous pas cependant trouver des différences? La douleur d'abord n'est pas la même dans les deux cas. Alors que les néoplasmes de la région anale se caractérisent par des douleurs précoces et violentes, les cancers sus-ampullaires et sigmoïdiens peuvent en évoluant plus lentement être peu sensibles et il est frappant de voir à quelle phase avancée peuvent arriver les lésions locales, sans que les phénomènes douloureux y soient proportionnés, alors que les troubles fonctionnels sont des plus inquiétants.

Dans la sigmoïdite chronique, la douleur tout en étant moins violente, moins térébrante que dans le cancer anal, est continue, plus accentuée à certaines heures que dans le néoplasme de la région; elle présente des paroxysmes plus ou moins durables que calme la défécation naturelle ou provoquée.

La sensibilité de la région s'exalte à la pression à cause des phénomènes péritonéaux, ce qui cadre mal avec un néoplasme.

La tumeur, d'autre part, qui s'accroît dans le cancer, s'ulcère pour rester quelque temps stationnaire, se résorbe, au contraire, progressivement dans les sigmoïdites chroniques traitées autrement que par le mépris.

Le cancer comporte, du reste, quelques signes importants que l'on ne retrouve pas dans les sigmoïdites: *l'hémorrhagie*, tout à fait spéciale à l'épithélioma, n'est pas signalée dans l'affection qui nous occupe, elle existerait cependant quelquefois.

Les ganglions iliaques et inguinaux, avec leur du-

reté caractéristique, sont fréquents dans les néoplasmes de la région; ils peuvent par la suite subir une inoculation et se ramollir.

Ces ganglions peuvent se montrer dans les sigmoïdites chroniques mais ils n'y ont jamais la dureté qu'ils ont ailleurs et régressent avec la lésion colique qui leur a donné naissance. *L'état général* des cancéreux est généralement déplorable: son altération marche parallèlement aux progrès de l'infiltration néoplasique, de l'ulcération de cette masse et des pertes hémorragiques et diarrhéïques qui en sont la conséquence, la résorption des produits toxiques au niveau de l'ulcération joue aussi un rôle important dans la production de cette cachexie.

Le facies des malades atteints de sigmoïdite chronique n'est pas ordinairement favorable, il est blafard, terreux, comme chez les constipés permanents, les intoxiqués (saturnins, *Brightiques*), mais on arrive rarement à cette teinte jaune-paille, à cet état cadavérique qui signale les malheureux atteints de néoplasme de l'intestin. (Subictère des cancéreux).

Quoiqu'il en soit, de ces petits signes distinctifs il peut se faire que le doute plane encore sur une affection dont le diagnostic est à coup sûr difficile, le chirurgien a encore une ressource. C'est la recherche dans le *passé de phénomènes aigus* qui ont pu passer inaperçus et qu'un interrogatoire délicat met en évidence. La douleur, nous l'avons dit, est paroxystique et ces accès, coïncidant avec des coliques mouvements péristaltiques etc— s'accompagnent souvent d'une élévation de température. A ces *ascensions thermométriques* sont l'exception dans les néoplasmes, à moins que

l'on ait affaire à ces cancers ulcérés dans lesquels la résorption septique s'accompagne de fièvre. Les Prs Segond et Lejars, ont montré, à plusieurs reprises, dans les discussions à ce sujet, de quelle importance était pour le diagnostic différentiel la mise en évidence de ces accès fébriles de plus ou moins longue durée. A eux seuls ils permettent de mettre fortement en doute, le diagnostic de néoplasme et souvent l'évolution ultérieure de l'affection, la résorption de la tumeur justifie ces réserves.

« On évitera dit le Pr Hartmann, de porter trop « vite le diagnostic de cancer du gros intestin et il « ne faut l'accepter qu'après une observation très « prolongée, lorsque quelque temps avant la consta- « tation de la tumeur on relève dans les antécédents « quelques phénomènes aigus passagers ». Nous pouvons en résumé établir le tableau diagnostique suivant :

		Cancer	Sigmoïdite chronique
Symptômes communs au cancer et à la sigmoïdite chronique	Douleur	Très variable suivant le point atteint, quelquefois presque nulle (Cancer sus-ampullaire) quelquefois violente (Cancer anal) Elle ne croît pas à la palpation.	Continue, paroxystique, croît à la palpation.
	Tumeur	De volume croissant puis fixe, jamais de régression importante. Le néoplasme est rarement multiple et disséminé.	La tumeur est ici de volume croissant puis se résorbe progressivement. Elle peut être unique ou multiple en chapelet, disséminée.
	Troubles de défécation, signes d'obstruction	Fréquents à la période avancée ; ne cèdent pas aux moyens ordinaires et finissent par exiger l'anus artificiel.	Ces troubles cèdent facilement et disparaissent avec le traitement en même temps que la tumeur néoplasique disparaît en apparence.

	Cancer	Sigmoïdite (suite
Signes spéciaux au cancer	1° *Hémorrhagies*, aux périodes d'ulcération.	
	2° *Adénite iliaque et inguinale*. Les ganglions durs ne se ramollissent que rarement par infection secondaire. On peut les trouver partout très loin des foyers d'origine. (Signe de Troisier).	Les ganglions peuvent se rencontrer ici par infection secondaire, mais ils sont mous, régionaux, ils disparaissent avec la résorption de la pseudo-tumeur.
	3° *la Phlébite* d'alarme. (Trousseau). *la phelgmatia alba dolens*, de la période cachectique.	
	4° *l'Ascite*, due à la facilité avec laquelle les néoplasmes se généralisent au foie, au péritoine.	
	5° *Signes de laboratoire :* α) Diminution du nombre des globules. β) Diminution de l'hémoglobine. γ) Augmentation des leucocytes. δ) Diminution du taux de l'urée —(20 à 127,).	
Signes particuliers à la sigmoïdite chronique	*la Fièvre* est rare dans les néoplasmes intestinaux, sauf à la période d'ulcération et des infections secondaires.	*les accès fébriles* se répètent, coïncidant avec les poussées de péritonite locale avec les coliques, l'exagération du péristaltisme intestinal.

A côté de l'épithélioma, le colon sigmoïdien peut encore donner lieu à certaines affections dont les rapports symptomatiques avec les périsigmoïdites méritent d'être relevés.

Le cordon sigmoïdal décrit par Glénaud, ne peut-il pas donner la sensation d'un corps dur, bosselé, plus ou moins régulièrement cylindrique? Le fait est d'observation courante et ne peut être nié. On observe dans ce cas, une stace fécale avec un état spasmodique du colon, une colosténose qui produit cet état bosselé, directement produit par la présence de scybales entre lesquelles l'intestin se rétrécit. Mais ces bosselures n'atteignent jamais le volume que nous avons vu dans les inflammations pariétales du même colon; elles se laissent déprimer par une pression lente et persévérante, elles cèdent enfin plus facilement au traitement que dans les cas que nous avons décrits.

Mais on peut rencontrer des malades qui possèdent ces bosselures même en l'absence de scybales; elles sont alors dues à un *entéropasme*, à une contracture des fibres circulaires de l'intestin sur un ou plusieurs points de son trajet.

« Le spasme, dit M. Lœper (1) joue un rôle considérable en pathologie intestinale et il n'est pas d'affection du tube digestif qu'il ne vienne compliquer ».

Il se produit à ce niveau ce que l'on voit si souvent ailleurs sous le nom d'œsophagisme, pylorisme, spasme du col vésical etc.

Cet état de spasme, qu'il est impossible de déceler au niveau de l'intestin grêle à cause de sa mobilité et de la minceur de ses parois, peut être perçu facilement au niveau du colon et donner lieu à des erreurs de diagnostic.

(1) In Tribune médicale.

Avec le cœcum et le colon transverse, l'anse sigmoïde est une des localisations favorites de ce spasme et c'est lui qu'il faut différencier des tumeurs inflammatoires d'origine sigmoïdienne.

Comme ces dernières, les tumeurs spasmodiques de l'anse sigmoïde ont pour manifestations principales, la masse perçue à la palpation, la constipation, les crises douloureuses, l'amaigrissement. Le spasme cependant n'évolue que sur un terrain spécial, chez des malades entachés de névropathie; on voit leur contracture intestinale s'accompagner de palpitations, battements épigastriques etc. pseudo-angor, dysurie, symptômes nerveux que nous n'avons pas vu signaler dans les sigmoïdites-chroniques. Mais ces moyens de diagnostic sont faibles et peuvent manquer et seule la palpation permet une distinction beaucoup plus sûre.

Les tumeurs spasmodiques sont souvent plus régulières, plus allongées et plus douloureuses que celles qui ont une origine néoplasique ou inflammatoire; nettement limitées, elles se continuent par une rebord presque tranchant avec l'intestin normal (Quénu, Duval), leur volume, leur forme, leur consistance et leur position peuvent varier d'un jour à l'autre, puisqu'elles n'ont aucune adhérence et aucune durée n'étant qu'un spasme insolite. Il n'est pas rare que la main qui explore perçoive des mouvements de reptation analogues à ceux d'un muscle pris d'une crampe et dans leur multiplicité on les voit quelquefois quitter en très peu de temps un segment intestinal pour en occuper un autre. Si la main qui frappe per-

çoit en plusieurs endroits des tumeurs du même genre (dans le cœcum, le colon transverse) avec une mobilité particulière, on devra toujours songer au colospasme. La thérapeutique antispasmodique, (Lavement huileux de Fleiner) Belladone, Valériane, permettra souvent de vérifier l'origine de ces tumeurs: elles disparaissent aussi rapidement qu'elles sont apparues alors qu'aucun traitement ne leur a été appliqué.

Ce sont là des allures cliniques bien différentes de celles que nous avons décrites dans les sigmoïdites inflammatoires.

Ces tuméfactions d'origine spasmodiques, pseudo-sigmoïdites ou pseudo-cancers, cèdent à la médication spécifique antispasmodique ou psychique (condurango, eau chloroformée, Chanvre)... En présence de certains faits de ce genre, on se demandera souvent si les tumeurs cancéreuses de la région épigastrique guéries par Friedreith avec le condurango, n'étaient pas des bosselures, dues à de simples nœuds du colon transverse!! (Révillod-Bulletin Suisse Romande).

A côté des sigmoïdites chroniques d'origine inflammatoire que nous avons étudiées, il en est d'autres, d'allure essentiellement chronique aussi, que nous avons passé sous silence. Leur origine spécifique les faisaient sortir hors du cadre descriptif que nous nous étions tracé: nous voulons parler des *sigmoïdites tuberculeuses, actynomycosiques, et syphilitiques.*

A. C'est au niveau du cœcum que la tuberculose à forme néoplasique a été surtout rencontrée; mais l'individualisation anatomique du segment iléo-pel-

vien, si bien démontrée pour le cœcum, se retrouve pour la tuberculose. Celle-ci existe en effet au niveau de l'S iliaque, mais elle est rare (1). Elle peut revêtir différents types:

1° infiltration tuberculeuse avec ulcération (observ. Lejars).

2° Tuberculose hypertrophique avec lésions spécifiques (observ. de Besançon, Poncet. stc.)

3°. La tuberculose inflammatoire (Cavaillon Bardin) Dans cette dernière forme l'infection évoluerait sans lésions spécifiques.

Quelle que soit la forme que l'on ait à examiner, le diagnostic de la sigmoïdite inflammatoire d'avec la même affection d'origine tuberculeuse sera toujours assez délicat. Si le sujet porte des lésions bacillaires patentes, pulmonaires ou articulaires par exemple: on sera amené à penser à la même origine pour les lésions développées au niveau de l'S iliaque. Mais, dans les cas fréquents où il n'existe aucun autre signe d'atteinte spécifique, alors que l'individu par ailleurs paraît être en bonne santé, il sera difficile de se faire une opinion ferme.

Les signes sont en effet, les mêmes que dans la sigmoïdite inflammatoire: *des douleurs continues*, incessantes s'exaspérant à la défécation; *une tumeur iliaque* gauche, bosselée, fixée au bassin, avec zone inflammatoire assez étendue; *enfin des troubles dans les évacuations.*

(1) Joseph Delage. Sigmoïdite tuberculeuse. La Clinique, 3 mai 1907.

Le seul moyen d'arriver à un diagnostic probable, sera d'employer les *moyens anciens et nouveaux* que le clinicien possède: *parmi les premiers* le séro-diagnostic de Commont, la recherche de la fièvre à différentes heures, avec l'examen du sang; *parmi les seconds* la Cuti-réaction et l'Ophtalmo-réaction.

C'est enfin et surtout l'évolution clinique qui fera penser à une origine tuberculeuse de l'affection. S'il n'existe aucune lésion ulcéreuse de la paroi un traitement médical suivi patiemment, une laparotomie faite dans un autre but comme il fut fait dans le cas de Delage, un simple attouchement local au naphtol camphré pourra avoir raison de ces lésions d'origine purement toxique.

Si au contraire, la muqueuse est atteinte par le processus infectieux, les ulcérations se traduisent par la présence de sang dans les selles, les douleurs sont plus vives, la rétrocession des lésions est plus longue, plus difficile.

B. *L'actynomycose abdominale* a pour lieu d'élection le cœcum et l'appendice mais peut se rencontrer ap niveau de l'S iliaque.

Les lésions, *ayant une marche rapide*, peuvent se limiter à la muqueuse et à la sous-muqueuse et se traduire par des phénomènes d'entérite avec réaction péritonéale plus ou moins intense. Quelquefois on aboutit à un phlegmon qui vient s'ouvrir à la paroi, où que l'on ouvre chirurgicalement.

L'origine de l'infection n'est connue que secondairement. *Si l'affection évolue au contraire chroniquement* elle simule le cancer intestinal, la sigmoïdite

chronique; ce n'est que le ramollissement, l'ouverture à la paroi, la fistulisation avec la présence dans le pus « des grains jaunes » caractéristiques qui permettra de faire le diagnostic rétrospectif, à moins toutefois qu'il n'existe d'autres lésions cutanées pour lesquelles l'étiologie aura été découverte.

C. *Que dire de la syphilis intestinale?*

Chez un sujet porteur des stigmates de l'infection tréponémique, pour lequel on retrouve le chancre infectant, la marche ordinaire de la maladie, on différenciera facilement une sigmoïdite inflammatoire ou spécifique, et le traitement viendra souvent confirmer l'idée première. Mais si l'interrogatoire n'apporte aucun renseignement précis, si l'examen clinique ne fait rien découvrir dans les régions les plus souvent atteintes, il devient très difficile d'affirmer qu'une sigmoïdite est ou n'est pas spécifique, est ou n'est pas d'origine inflammatoire... la marche de l'affection, son début fébrile, les douleurs plus ou moins vives, le développement assez rapide, vont plutôt avec une origine infectieuse chez un individu déjà sujet à des troubles intestinaux. Dans les cas douteux, le traitement spécifique, la « pierre de touche » pourra quelquefois par son action rapide mettre en évidence une étiologie que l'examen clinique était incapable de mettre en évidence. (Naturam morborum...)

CHAPITRE VI

Pronostic et traitement

Nous avons vu précédemment que les infections localisées à l'anse sigmoïde et à la séreuse voisine pouvaient prendre les allures cliniques les plus variables, depuis la sigmoïdite simple jusqu'à la péritonite généralisée.

Le pronostic dans un cas donné, variera, il est facile de le prévoir, suivant l'évolution que prendra l'affection, suivant la réaction péritonéale. Celle-ci est bénigne si la sigmoïdite est simple, congestive au même titre que l'appendicite du même genre; un traitement médical bien fixé amène une sédation rapide des différents phénomènes, tandis qu'une hygiène digestive empêche dans l'avenir le retour de pareilles attaques.

Si le péritoine réagit, le tableau symptomatique s'en ressent immédiatement, le pronostic reste cependant favorable tant que l'affection a tendance à se résoudre, que le plastron trouvé est disposé à rétrocéder.

Mais si la fièvre apparaît avec une accélération du pouls, si l'œdème de la paroi, la contracture pariétale font prévoir la suppuration, la situation est plus grave et le sort du malade est dans la dépendance absolue d'un diagnostic précoce et d'une intervention

hâtive: l'ouverture de la collection, le drainage sauvent habituellement l'individu atteint.

La situation est enfin franchement mauvaise, quand la suppuration paraît diffuse, dans tous les cas où les adhérences n'ont pu localiser les phénomènes infectieux et en quelque sorte exclure la suppuration.

Quand l'attaque a été trop brutale pour qu'un organisme affaibli ait pu réagir, lorsqu'on doit lutter contre un agent dont la virulence a été portée au maxima, « même dans l'état actuel de la chirurgie, une intervention d'urgence pour une affection abdominale diffuse, est encore d'une gravité exceptionnelle (1). (Faure).

La situation d'un malade atteint de péritonite diffuse d'origine sigmoïdienne peut être considérée comme très grave, la mort est malheureusement fréquente; les cas de survie sont toujours ceux où un diagnostic précoce a été suivi d'une opération rapidement menée. Un organisme jeune et résistant, un cœur et des reins indemnes, une décision rapide du côté de l'opérateur, ce sont là les facteurs les plus importants d'un succès dans une situation désespérée. L'observation personnelle que nous avons donnée, où la péritonite était en pleine diffusion, montre bien ce que l'on peut obtenir par une action énergique, un drainage énergique, une surveillance du cœur et des émonctoires. L'allure symptomatique et clinique de la sigmoïdite varie essentiellement avec la réaction péritonéale; c'est elle qui aggrave le pronostic ou le rend favorable, nous

(1) Faure. Gazette des hôpitaux.

venons de le voir; *avec elle enfin, varie toute la thérapeutique,* c'est ce qu'il nous reste à démontrer.

Dans la forme simple de la sigmoïdite en l'absence de toute réaction fébrile intense, mettant en jeu la séreuse, le traitement sera médical et devra répondre à trois indications principales: *calmer la douleur, traiter la constipation, lutter contre l'intoxication stercorale.*

1° La glace, les cataplasmes laudonisés amèneront généralement une sédation suffisante des phénomènes de sensibilité; si celle-ci était par trop vive, une injection sous-cutanée de morphine serait employée de préférence à l'opium à l'intérieur parce que l'action analgésique de la première est plus puissante en même temps que son effet paralysant sur l'intestin s'exerce moins puissamment.

2° L'huile de ricin administrée fréquemment à doses fractionnées a le plus souvent raison des constipations même opiniâtres, comme en font foi les exemples cités par le Professeur Mayor et que nous avons rapportées.

Il n'est pas rare qu'à l'action inflammatoire locale se joigne une action spasmodique qui ne fait que favoriser et entretenir la constipation. Contre ce spasme, l'huile, outre son rôle mécanique, a une action sédative depuis longtemps connue et mise en évidence par la Méthode de Fleïner; l'action sédative peut être accrue par l'action de quelques gouttes de teinture de Belladone, le médicament héroïque du spasme.

L'action interne pourrait, en outre, être aidée par un lavement d'huile d'olive et eau tiède à parties éga-

les, injectées lentement au moyen d'une sonde molle de Nélaton assez longue. *La fièvre* ne demandera généralement pas à être traitée, elle disparaîtra souvent après la débâcle, justifiant ainsi l'origine stercorale qu'on lui attribuait; l'autointoxication qui résulte souvent de cette stace fécale prolongée, relèvera du régime lacté, de l'antisepsie intestinale (toujours relative) par les agents insolubles tels que le Bétol, le Naphtol, le Salol.

Ce traitement *curatif* devra nécessairement être complété pour éviter les rechutes par toute une thérapeutique prophyllactique qui consistera surtout dans une meilleure observance des règles de l'hygiène. La constipation, cause de tout, sera évitée par un régime spécial ayant pour base un régime végétarien de préférence au régime carné, les végétaux laissant de grands résidus qui ne favorisent pas la stace.

On luttera contre l'atonie par les laxatifs fréquents, l'exercice modéré, le massage local, hydrothérapie tiède ou fraîche, l'électrisation enfin.

Aucun de ces moyens n'est souverain contre la constipation; celle-ci ne peut disparaître que par l'emploi coordonné des différents agents thérapeutiques. Cette hygiène de la convalescence devra être suivie longtemps sinon toujours, si le malade veut se mettre à l'abri de toute rechute et lutter contre la cause d'accidents toujours possible. Seront seuls à l'abri de ces derniers, les malades qui auront le ferme désir de guérir, car, avec un traitement approprié, c'est, comme disait Trousseau, « la volonté et une volonté patiente et

« régulièrement appliquée qui triomphe surtout de la « constipation. »

2° Dans la majorité des cas, il faut bien le dire, le péritoine sigmoïdien est influencé par le processus inflammatoire dont l'anse sigmoïde est le siège : la sigmoïdite se complique de périsigmoïdite. Celle-ci se traduit par une certaine élévation de température, une sensibilité plus élevée de la région, le ballonnement souvent, la contracture parfois.

A ces signes nouveaux que nous avons d'ailleurs décrits, nous opposerons la même thérapeutique que nous avons vu agir efficacement dans une affection identique. On prescrira *le repos et la diète* pour mettre l'intestin au repos fonctionnel, *la glace* calmera localement les phénomènes douloureux et en luttant contre la poussée inflammatoire diminuera le ballonnement, l'opium à l'intérieur, enfin, assurera au colon un repos physiologique nécessaire.

Cette thérapeutique générale que nous voyons journellement appliquer avec succès dans l'appendicite avec périappendicite, n'a pas un rôle moins efficace dans l'affection qui nous occupe, comme le prouvent nos observations. La plupart du temps on a pu obtenir une terminaison par résolution bien que celle-ci se soit parfois fait attendre ; elle s'annonce par une baisse de la température, un assouplissement du ventre, la diminution de la sensibilité. Les rechutes ne sont pas rares, mais tout disparaît plus ou moins vite par une débâcle naturelle ou provoquée qui termine le tableau clinique.

3° La résolution en cas de péritonite d'origine sig-

moïdienne peut tarder à venir. La fièvre devient plus nette, le pouls s'accélère en s'affaiblissant, le facies du sujet s'altère, la contracture apparaît avec un œdème plus ou moins net de la paroi : ce sont là des signes de suppuration. La température peut rester normale ou paranormale, si le pouls est rapide, l'état général défectueux, le ventre contracturé, on doit penser à une collection et ces signes suffisent à motiver une intervention. C'est, en effet, à la méthode chirurgicale qu'il faut avoir recours; elle seule permet d'arriver à une solution favorable.

Le succès sera d'autant plus certain que l'infection sera légère et l'intervention précoce; *celle-ci doit être systématique en dehors des cas d'une bénignité évidente et lorsque la mort paraît imminente.*

Si la diffusion des opérations rebute l'opérateur, il doit se souvenir qu'il vaut mieux faire une opération inutile, ne tuant d'ailleurs que les malades qui seraient morts sans elle, que reculer devant une intervention qui apporte quelques chances de guérison.

L'opération consistera à aller à la recherche de la collection, dans l'évacuation de cette dernière, après l'avoir par des compresses isolée du reste du ventre; le drainage de la région sigmoïdienne et des endroits où le pus a diffusé devra être rigoureusement établi, l'élimination de tous les produits septiques, des exsudats et secrétions ayant une importance exceptionnelle.

En l'absence d'un diagnostic précis on se base, pour l'incision, sur la douleur initiale, la douleur maxima, la matité (Faure) qui, dans la plupart des cas atti-

reront l'attention sur la région sigmoïdienne l'incision sous-ombilicale dans les cas douteux, est encore celle qui donne le plus de jour sur les deux fosses iliaques qu'elle permet d'examiner.

Le drainage doit être rigoureux, surtout dans les périsigmoïdites en voie de diffusion; il sera fait surtout dans les culs de sac et les bas-fonds, afin d'y éviter la stagnation des produits septiques que l'on pourra, du reste, éliminer *par aspiration*.

Dans les cas d'infection légère, une inspection minutieuse sera passée de tous les mésos des régions appendiculaires et sigmoïdiennes et de tous les points susceptibles d'être le point de départ d'accidents septiques.

Si on trouve une perforation, ce que Régnier (1) a observé plusieurs fois, une obstruction, il sera indiqué de lever l'obstacle, de fermer la perforation, et surtout de drainer les collections limitées ou non par des adhérences. Ces recherches seront effectuées rapidement pour éviter de prolonger l'acte opératoire et réduire le shock à son minimum; dans les cas graves il est préférable d'inciser et de drainer simplement...

On pourrait, au besoin, se contenter d'une anesthésie à la cocaïne, si l'état du cœur contre-indique le chloroforme ou l'éther.

Que la périsigmoïdite soit bien localisée ou ait tendance à la diffusion, les différents temps de l'opération sont les suivants: Incision, recherche et localisation de la collection, l'ouverture et le drainage de cette dernière, la suture. *Nous croyons devoir élimi-*

(1) Régnier. La Sigmoïdite. Thèse de Lyon, 1893. Presse Médicale, 29 décembre 1909. Mome et Desbonis.

ner le lavage abdominal qui se fait et se fera de moins en moins. Nous en avons vu plusieurs fois les graves inconvénients; son utilité a été bien des fois discutée, les rapports de la Société de Chirurgie en font foi (1). Les raisons qui lui ont été opposées sont nombreuses et peuvent être ainsi résumées:

1). Le lavage de la cavité abdominale nécessite un temps précieux qui allonge une opération et une anesthésie déjà nocive chez un malade souvent désespéré, et ce, dans un but vague et indécis, une action illusoire.

Or, le temps, pour l'opéré, c'est la vie, a-t-on dit fréquemment.

2). Le traumatisme léger mais inévitable de la séreuse peut avoir une autre conséquence. De cette vaste surface que représente le péritoine partent des réflexes graves décrits par Gubler sous le nom de péritonisme, dont le point de départ est aux extrémités nerveuses péritonéales et sous-séreuses; leur transmission centripète par le plexus solaire amène une action centrifuge *sur le cœur et les centres respiratoires* (collapsus, apnée), *sur le rein* (anurie) *sur la motricité intestinale* (obstruction et météorisme).

3). Le contact avec la séreuse d'un liquide, surtout d'un antiseptique, dépolit celle-ci, lèse son épithélium délicat et diminue sa résistance vis-à-vis des microbes.

4). Le lavage amène, malgré les précautions, un refroidissement intense dont le cœur a beaucoup à souffrir par répercussion.

5). Enfin, une irrigation aussi parfaite que possi-

(1) Poncet. Revue Société Chirurgie, 1892. N° 11.

ble ne peut avoir la prétention de nettoyer une cavité abdominale aux recoins si nombreux; elle peut même diffuser des germes septiques dans des régions restées jusque-là indemnes.

Sauf dans des cas rares et spéciaux, l'absorption des produits septiques par les compresses est préférable à tous les points de vue.

L'acte opératoire terminé, le malade sera vivement réchauffé, tandis que, si le besoin s'en fait sentir, l'injection sous-cutanée de sérum relèvera sa tension artérielle.

Les sels d'argent colloïdal seront conseillés dans les cas graves (électrargol, argosol, observ. XVIII) et continués à dose assez élevée pendant quelque temps.

Le sérum injecté en maintenant la tension artérielle à un taux suffisant sollicite les émonctoires, favorise la diurèse et débarrasse l'organisme de beaucoup de produits septiques; l'argent colloïdal paraît avoir une action directe sur les agents infectieux; son action sédative sur la fièvre est quelquefois très nette.

4° La thérapeutique rigoureuse et précoce que nous venons d'exposer se justifie pleinement par la brutalité du début de cette forme clinique de la périsigmoïdite et la gravité exceptionnelle des symptômes par lesquels elle se traduit.

Le traitement de *la sigmoïdite chronique* s'adressant à une affection essentiellement lente d'allure, évoluant pendant des semaines et des mois, exigera un temps assez considérable.

Deux signes dominent l'histoire de cette forme de sigmoïdite: *la douleur*, plus ou moins aiguë, plus ou

moins continuelle, *la tumeur*, résultat d'une infection locale prolongée, jamais traitée. La constipation étant cause de tout, c'est à elle qu'il faudra ensuite s'attaquer.

Nous n'insisterons pas longtemps sur l'importance du traitement local dans la thérapeutique symptomatique :

Le rectum et le bout inférieur du colon pelvien sont vidés par un lavement évacuateur ; on pratique *des injections* au moyen d'une canule flexible de 0 m. 50 avec une infusion émolliente de sauge, mauve, camomille, légèrement antiseptique (Borax). On fera ainsi passer de 500 gr. à 1.200 gr. le liquide évacué ; on introduit *le plus loin possible des pâtes légèrement analgésiques* et antiseptiques, à base d'essence d'eucalyptus, de magnésie, glycérine, etc. Si la douleur est intense, on pourra y incorporer un peu de belladone, évitant l'opium et ces sels qui immobilisent l'intestin. Sous l'influence de ce traitement nécessairement prolongé, les douleurs diminueront d'intensité pour disparaître. Le tissu inflammatoire englobant l'anse sigmoïde se résorbera peu à peu et, du détroit supérieur, le mouvement de retrait gagnera la crête iliaque.

Ce traitement externe et symptomatique sera favorisé par l'administration régulière de laxatifs à petites doses, telles que l'huile de ricin, les solutions laxatives à base de phosphate et bicarbonate de soude qui solliciteront les contractions intestinales et lutteront contre l'agent causal.

Des influences spasmodiques s'exercent la plupart du temps au niveau du colon pelvien et joignent leurs

effets nocifs à ceux de la constipation pour entretenir l'infection latente et continuelle de l'anse sigmoïde.

La belladone, sous forme d'extrait, de teinture 1 à 2 gr., la valériane utilement associée à la première pour lutter contre le colospasme, cet état de contracture interne que certains auteurs appellent « état de mal intestinal spasmodique », l'hydrothérapie sera, dans la plupart des cas, le complément utile de ces agents dans leur lutte contre le spasme que tempérera également l'irrigation interne.

Cette thérapeutique enfin sera heureusement complétée par l'établissement d'un régime, n'amenant pas de stase intestinale; c'est dire que les végétaux formeront la base de l'alimentation et, parmi eux, certains légumes (épinards, laitues, salades) ou autres toujours cuits, laissant après digestion beaucoup de résidus qui iront solliciter les contractions intestinales.

Le traitement que nous venons de décrire est jusqu'ici toujours médical; en est-il toujours ainsi?

L'infection latente et continuelle de l'anse sigmoïde peut aboutir à la suppuration et, sournoisement, constituer des collections colibacillaires bien localisées qui évoluent presque à la façon d'abcès froids.

Le jour où des symptômes de suppuration apparaîtront, les chirurgiens seront amenés à évacuer ces abcès résiduels, comme le firent les professeurs Hartmann et Segond dans des observations que nous avons rappelées. Des symptômes d'obstruction, de volvulus, peuvent se montrer au cours de l'évolution des sigmoïdites chroniques avec réaction péritonéale plus ou

moins intense...., simulant une fois de plus le néoplasme de la région.

On conçoit que, dans ce cas, on puisse être amené à pratiquer un anus artificiel, quelquefois même des interventions plus complexes telles que des exclusions (1), et l'étonnement n'est pas mince lorsque, quelques mois après, on s'aperçoit que cette dérivation des matières fécales, cet anus artificiel, ayant fait disparaître la constipation, ont en même temps lutté contre le pseudo-cancer qui a diminué, s'il n'a pas complètement disparu. Le diagnostic de tumeur d'origine inflammatoire se trouve assez souvent fait rétrospectivement, à la stupéfaction du chirurgien qui revoit un malade absolument transformé (Segond, observ. XXII).

(1) Un chirurgien américain est allé jusqu'à la résection (Ensstedt: Fhlegmonous sigmoïditis resection, recweny. American Journal of obstetric).

CONCLUSIONS

Chapitre I. — La sigmoïdite est une affection relativement récente. Le professeur Mayor de Genève, en 1893, employa, le premier, ce terme pathologique et déjà à cette époque décrivit les diverses formes cliniques que pouvait présenter cette affection. Les articles publiés plus tard par le professeur Lejars, en 1904, l'observation du professeur Michaud en 1906, à la Société de Chirurgie, furent le point de départ de discussions (Hartmann, Segond) et d'études intéressantes qui firent connaître, en les éclairant vivement, des accidents abdominaux peu connus.

Chapitre II. — *La sigmoïdite* peut être définie: le processus inflammatoire qui prend son origine dans l'S iliaque ou anse sigmoïde des anatomistes anglais, et *périsigmoïdite*, le retentissement péritonéal qui l'accompagne et prend son point de départ dans les lésions du colon iléo-pelvien.

Chapitre III. — L'aspect clinique de la sigmoïdite et de la périsigmoïdite est très variable et c'est avant tout la façon de réagir de la séreuse qui trace la symptomatologie:

A). *Dans la forme bénigne, simple, résolutive,* l'anse sigmoïde est seule atteinte; on trouve dans la fosse

iliaque, à travers une paroi souvent souple, une tuméfaction assez sensible, bordurée, cylindroïde, épaisse, allongée de la crête iliaque gauche à l'entrée de l'excavation. Ces signes locaux s'accompagnent de quelques symptômes généraux surtout fonctionnels. Après débâcles successives, le boudin s'affaisse et lentement commence à se résorber.

La réaction périsigmoïdienne se traduit par une fièvre plus élevée, une contracture plus nette, des douleurs plus vives; la durée est plus longue, la disparition de la stase coïncide avec la résolution.

B). Dans une deuxième forme clinique, la sigmoïdite et la périsigmoïdite aboutissent à la suppuration et donnent tous les signes d'une péritonite suppurée localisée. Dans des circonstances heureusement rares, les adhérences « excluent » mal la suppuration ou bien sont rompues; il s'en suit une péritonite généralisée.

C). La sigmoïdite peut enfin revêtir une forme essentiellement chronique avec lésions parallèles et anciennes de la séreuse; elle simule, dans ce cas, le cancer de la région.

Chapitre IV. — La sigmoïdite et la périsigmoïdite qui en dérive reconnaissent ordinairement pour cause dominante la coprostase que l'on retrouve dans tous les antécédents. La cause déterminante doit être soit une érosion de la muqueuse cliniquement enflammée, soit une fissure, soit enfin une émigration d'éléments virulents à travers une muqueuse que l'inflammation a rendue perméable aux agents infectieux comme cela

se voit dans beaucoup d'affections à point de départ intestinal.

Chapitre V. — Le diagnostic des différentes formes cliniques de la sigmoïdite avec ou sans périsigmoïdite, d'avec les affections qui s'en rapprochent, n'est pas souvent facile pour un esprit non prévenu :

α) *la Sigmoïdite simple* résolutive doit être distinguée de
- La Colite stercorale
- *L'appendicite*, Celle qui pouvant me donner que des signes à gauche,
- Ont retentit à la fois à droite et à gauche.
- *l'entéro-colite*
- *la colique de Plomb*
- *l'adénite iliaque*
- *le Calcul de l'uretère gauche*

β) *la Sigmoïdite avec périsigmoïdite suppurée* localisée ou ayant tendance à diffuser, doit être différenciée de.....
- *L'Appendicite gauche supprimée*
- *l'occlusion* intestinale
- *le volvulus*
- *l'echanglement* interne
- *la perforation*
- chez la femme d'avec
  - *le Pyo salpins.*
  - *l'abcès du ligament large gauche.*
  - *le Phlegmon du parametrium.*

γ) *la forme chronique de* la Sigmoïdite, avec plus ou moins de périsigmoïdite peut enfin simuler. .....
- *Le cancer iléo-pelvien*,
- Le colospame prolongé.
- Les sigmoïdites
  - tuberculeuse,
  - spécifique,
  - actynomicosique

Chapitre VI. — *Le pronostic* des formes cliniques de l'affection que nous avons décrite dépend surtout de l'intensité de la réaction péritonéale; comme celle-ci peut manquer, être simple et résolutive, suppurée

localisée comme suppurée et diffuse, le pronostic est très variable suivant les cas.

Le traitement doit également s'adapter au genre d'évolution de l'affection : *il sera médical*, se rapprochant de celui de l'appendicite, dans les cas bénins avec péritonite résolutive ; *au contraire, il sera chirurgical* et précoce dans tous les cas où apparaîtront des signes de suppuration. La sigmoïdite chronique demande, avant tout, une thérapeutique prolongée, coordonnée à un régime spécial.

Dans toutes les formes que pourra revêtir l'affection, au traitement curatif devra s'adjoindre une thérapeutique prophyllactique ayant pour base des règles d'hygiène et de diététique.

Vu : Le Président de Thèse,

HARTMANN.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletin Société de Chirurgie. Mars 1906.

Bulletin Société Médico-chirurgicale du Nord.

Pr *Camelot*. — Journal des Sciences médicales de Lille 1906.

Charcot, Bouchard, Brinaud. — Traité de médecine.

Collet. — Pathologie interne.

Druet. — Cliniques hôpital la Charité: Relations entre la typhlite et l'appendicite.

Duplay-Reclus. — Traité de Chirurgie.

Dr *Guillaume-Louis* (de Tours). — Archives Médico-chirurgicales de Province, n° 8.

Grisolle. — Pathologie interne.

Faure. — « A propos de quelques cas d'intervention d'urgence dans les affections de l'abdomen » (Gazette des hôpitaux 1897).

Forgue. — Pathologie interne.

Dr *Lœper*. — (Leçon faite à l'hôpital Beaujon, reproduite par la Tribune médicale, page 437. — *Les fausses tumeurs spasmodiques de l'intestin*).

Lucas-Championnière. — Journal de Médecine et de chirurgie. Septembre et octobre 1909.

Okinczyc. — Thèse Paris 1907. Traitement chirurgical du cancer du colon.

Régnier. — La Sigmoïdite. Thèse Lyon 1897. Revue Médicale de la Suisse Romande 1893.

Testut, — Anatomie descriptive.

Termet et Vanverts. — Prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. (Gazette des hôpitaux 1897).

Tiblaux. — Anatomie topographique. Traité de chirurgie clinique.

Vanverts. — Nord Médical. Mai 1906.

ADDENDA

Duval. — Dilatation dite idiopathique du gros intestin.

Pr *Hartmann.* — Proctoscopie et Sigmoïdoscopie (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. 15 mai 1908, p. 253.

Imbert. — Note sur un cas de Sigmoïdite (Marseille médical 1909, n° 2).

Journal de Chirurgie 1908. Page 979.

Laval. — Sigmoïdite et périsigmoïdite (Bulletin médical 1908. Page 15).

G. Luys. — Rectoscopie « la Clinique » 1907.

Œmsted. — Phlegmonous sigmoïditis, résection, recovery (American journal of olstetui).

Platel. — Revue Chirurgie 1909. Tome II, page 440.

— — — 1902. — — 793.

Sawicki. — Sigmoïdite et périsigmoïdite.

Saillant. — Thèse Paris, 1906.

Trastom de Nantes. — Dilatation gastro-colique. Semaine médicale (1887).

Tuffier. — Abcès profonds de l'abdomen, premier symptôme de cancer de l'intestin.